



Кемпинский А.
Психология шизофрении
пер. с польск. СПб., 1998. 294 с.

Тем, которые больше чувствуют и по-другому понимают и потому больше страдают, и которых часто мы называем шизофрениками.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Шизофрения - распространенное заболевание; каждый сотый человек страдает этой болезнью. Всем знакомо ее название. Но лишь немногие специалисты имеют представление о характере этого психического заболевания, самого удивительного из всех психозов. Шизофрения - загадочное заболевание, называемое психиатрами <дельфийским оракулом> психиатрии, ибо в ней концентрируются важнейшие проблемы человеческой психики. Этот психоз - в связи с богатством переживаний больных - называют также королевской болезнью.

Она заслуживает описания в виде отдельной монографии уже хотя бы потому, что проблематика шизофрении, будучи хотя и достаточно герметической и трудной для понимания, не должна оставаться сферой знания, знакомой только ограниченному кругу специалистов. Необходимо подчеркнуть, что углубление психопатологии шизофрении вводит читателя в основные проблемы жизни человека.

Несмотря на богатство шизофренических симптомов, многочисленные описания этого психоза, часто фрагментарные и односторонние, обычно страдают стереотипностью. Редкими являются монографии, которые описывают колоритную и необычную болезнь оригинально и увлекательно, но в то же время с научной объективностью. К числу таких работ относится данная книга профессора А. Кемпинского, руководителя психиатрической

клиники медицинской академии г. Кракова.

Время от времени следует освежать психиатрическую тематику, вносить коррективы и даже ломать устоявшиеся взгляды, схемы и устаревшие способы интерпретации психопатологических явлений. В этом плане профессор Кемпинский успешно справился с очень сложной задачей, ибо технически невозможно написать книгу, содержащую все, что известно о шизофрении, а, кроме того, эти знания трудно изложить доступным языком не только широкой публике, но даже специалистам.

Автор в своих рассуждениях идет как бы двумя путями. Во-первых, он учитывает описание клинической картины, которое мы встречаем в клинических работах по психопатологии. Во-вторых, опираясь на собственный многолетний практический опыт, Кемпинский на философско-психологическом и в то же время на естественно-научной основе развивает собственную оригинальную концепцию. Он убедительно доказывает, что шизофреники, хотя и очень <другие>, но тоже люди, а не какие-то существа, подлежащие анафеме или отлучению. А. Кемпинский показывает богатство, оригинальность и даже красоту мысли, фантазий и позиции больных шизофренией. Он вышел за рамки банальных клинических описаний и затронул глубинные проблемы, обычно остающиеся вне поля зрения и плохо изученные. Классифицируя симптомы шизофрении, принимая за основу их тематику, структуру и колорит, автор анализирует среди прочего отношение больных к другим людям, миру, собственной социальной роли, самим себе, сексу и т. д.

<Метафизика> шизофрении, представленная в данной монографии, прочно опирается на конкретные реальные наблюдения. Выявление связей и сопоставления, например между переживаниями больных и знакомыми каждому впечатлениями из сновидений, приближает к читателю картину этой преудивительной болезни. Чтобы ввести читателя в мир переживаний больного шизофренией, автор пользуется как понятиями обиходного языка, так и психологическими терминами. Используются также понятия других научных дисциплин, когда, например, идет речь об изоляции и амплитуде чувств, о харизматическом аспекте, о героизме, об отношении к правде и лжи, о проблеме принятия решений и власти и т. п.

Книга профессора Кемпинского - об этом читатель должен знать заранее - не исчерпывает всей проблематики; например, автор сознательно не касается биохимических аспектов шизофрении. Дело в том, что данная монография написана в рамках определенной философско-психологической концепции.

Здесь мы встречаемся не только с трансформацией значений известных терминов, но и с предложением новых определений. К таковым относится, например, центральный для оригинальной концепции автора термин <информационный метаболизм>. Автор считает, что основной чертой жизни является энергетический обмен живого организма с окружающей средой. Ни один атом в организме не остается тем же самым. Постоянной остается только структура, определенный генетический план, который управляет непрерывным процессом обмена с окружающей средой.

Для того чтобы живой организм мог осуществлять энергетический обмен со своим окружением, он должен в нем ориентироваться. Поэтому уже на ранних этапах филогенеза наряду с энергетическим обменом появляется информационный обмен или, как автор метафорически обозначает этот процесс, информационный метаболизм. У человека развитие нервной системы

создает исключительную и специфическую для него ситуацию. В этой ситуации информационный метаболизм играет чрезвычайно важную роль и тесно связан энергетическим метаболизмом.

Шизофрению автор трактует как нарушение информационного метаболизма. В предморбидном периоде жизни больных шизофренией часто наблюдается доминирование так называемой позиции <от> окружения. Нередко с детства и обычно с пубертатного периода будущие больные плохо чувствуют себя в своем окружении, бегут в мир фантазии, ощущают себя иными, нежели сверстники, не участвуют в совместных с ними играх, которые имеют важное значение для нормального развития человека. Аутистическая установка, как считает профессор Кемпинский, основывается, по существу, на ослаблении связи информационного метаболизма с окружающим миром.

Сохранность живого организма и его индивидуальность определяются структурой информационно-энергетического метаболизма. Эта структура остается относительно стабильной благодаря управляющим системам: генетической, эндокринной и нервной. Существует тесная корреляция между интенсивностью обмена с внешней средой (метаболизмом) и внутренним порядком организма. Ослабление метаболизма ведет к нарушению этого внутреннего порядка. Например, перед засыпанием ослабевает информационный метаболизм и одновременно нарушается его определенный порядок; мысли и чувства утрачивают их связный характер.

Во время сна информационный метаболизм понижается почти до нуля, а функциональные структуры, замкнутые в границах организма, образуют новый порядок - механизм сновидения. С позиций автора данной книги, два описанных в свое время Е. Блейлером осевых симптома шизофрении - аутизм и расщепление - можно, таким образом, трактовать как нарушение информационного метаболизма. Профессор Кемпинский усматривает в этом ключ к лучшему пониманию переживаний больного шизофренией.

Еще одна из многих рассматриваемых в книге проблем - экспрессия больных шизофренией. Эта экспрессия часто затрудняет контакт больных с социальным окружением, но бывает и так, что она возносит их к вершинам художественных либо научных достижений. Оказывается, что даже при так называемом шизофреническом дефекте многих среди этих больных трудно считать инвалидами.

Психопатологическая литература обогатилась книгой, отличающейся высоким научным уровнем, оригинальным подходом и проницательной трактовкой сложнейших психических явлений в норме и патологии.

Профессор доктор Е. Бжезицкий

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

ИСТОРИЧЕСКИЕ ЗАМЕЧАНИЯ

Уже в древней литературе можно найти меткие описания шизофрении. Например, в Священном Писании выделяются два основных симптома шизофрении - аутизм и расщепление: <...встретил Его вышедший из гробов человек, одержимый нечистым духом, он имел жилище в гробах, и никто не мог его связать даже цепями, потому что многократно был он скован оковами и цепями, но разрывал цепи и разбивал оковы, и никто не в силах был укротить его; всегда, ночью и днем, в горах и гробах, кричал он и бился о

камни... И спросил его: как тебе имя? И он сказал в ответ: легион имя мне, потому что нас много.> (Еванг. от Марка, 5, 3-10).

Если эпилепсия и депрессия (меланхолия) уже в древности трактовались как отдельные заболевания, то шизофрения дольше всего сохраняла печать одержимости тайными силами. Неопределенное и общее понятие безумия и помешательства (*vesania*) лишь во второй половине прошлого века было подвергнуто попыткам классификации: К. Кальбаум описал кататонию и *vesania typica*, характеризующуюся слуховыми галлюцинациями и бредом преследования, а его ученик, Э. Геккер, - гебефрению и, наконец, Э. Крепелин свел различные синдромы в единое целое. Для их определения он использовал предложенное в 1860 г. Б. Морелем понятие *dementia praecox* - раннее отупение. Доминирующим признаком, который позволил ему объединить в единое целое разнородные симптомы, было конечное состояние больного, которое характеризовалось чувственным отупением. Таким образом, одновременно оказались выделены несколько форм шизофрении: параноидальная, соответствующая *vesania typica* К. Кальбаума, кататоническая, гебефреническая и простая (*simplex*). Эта последняя соответствует тому случаю, когда картина болезни, характерная для конечного состояния, появляется уже в начале болезни. Само название (отупение) указывает на то, что оценка, данная этому заболеванию Э. Крепелиным, была скорее пессимистической. Крепелин смотрел на нее как бы с конца - через призму хронических <случаев>, пациентов, пребывающих в больнице годами.

В 1911 г. Е. Блейлер предложил понятие шизофрении от греческого *schizo* - расщепляю, разделяю, раздираю, и *fron* - сердце, разум, воля. В отличие от Э. Крепелина он смотрел на эту болезнь как бы от ее начала. Он считал, что болезненный процесс может задерживаться на разных стадиях развития и не обязательно в каждом случае будет вести к отупению. Характер болезни не всегда бывает затяжной; иногда она может длиться всего лишь несколько дней или даже часов, не оставляя после себя заметных психических изменений (т. н. шизофренических дефектов). В качестве осевых симптомов шизофрении Е. Блейлер выделил аутизм, т. е. оторванность от окружающего мира и замыкание в собственном, внутреннем мире, далеком от объективной действительности, а также расщепление (шизо), или, пользуясь модным ныне словом, дезинтеграцию всех психических функций. Также в отличие Э. Крепелина он не рассматривал шизофрению как единую нозологическую форму, но говорил о шизофрениях либо о формах шизофрении, подчеркивая тем самым возможность различной этиологии и патогенеза болезненного процесса.

Несмотря на чрезвычайное разнообразие взглядов на природу шизофрении в современной психиатрии, оба представленных взгляда Блейлера (характер осевых симптомов и многофакторная этиология) не утратили актуальности и до настоящего времени составляют главный фактор, интегрирующий противоречивые взгляды на шизофрению.

В последние годы среди некоторых психиатров наблюдается тенденция к тому, чтобы вновь использовать общее понятие *vesania*. Этим они стремятся подчеркнуть, что в психиатрии трудно оперировать нозологическими формами и значительно безопаснее пользоваться выделенными синдромами (это традиционная позиция французской психиатрии). Такая позиция оправдана с терапевтической точки зрения, и, видимо, с этим связана ее известная популярность. Ибо методы лечения подбираются соответственно синдромам, а не в зависимости от патологических диагнозов.

Таким образом, по прошествии ста с лишним лет цикл развития диагностических взглядов на шизофрению возвратился к исходному пункту.

Шизофрению часто называют королевской болезнью. Речь при этом идет не только о том, что она часто поражает умы выдающиеся и тонкие, но также и о ее невероятном богатстве симптомов, позволяющем увидеть в катастрофических масштабах все черты человеческой природы. Потому описание шизофренических симптомов оказывается неизмеримо трудным и всегда наивысшим и наиболее рискованным критерием психической проницательности.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ

Возраст. Шизофрения - болезнь молодых. Чаще всего этой болезнью заболевают между периодом созревания и зрелым возрастом, т. е. приблизительно между 15 и 30 годами жизни. Факт, что именно в этом возрастном периоде существуют наибольшие шансы дезинтеграции личности, по-видимому, имеет немаловажное значение. При всем блеске молодости это - очень трудный период жизни, нередко трагичный в силу столкновения между мечтой и действительностью, ломки юношеских идеалов.

Правда, большинство психиатров считают, что шизофренией можно заболеть как в раннем, так и в более позднем периоде жизни, однако, правильнее было бы проявлять осторожность, ставя диагноз шизофрении за рамками периода молодости и ранней зрелости. В раннем периоде жизни структура личности еще не вполне сформирована, и потому трудно говорить о ее дезинтеграции, а в более позднем бывает уже настолько упрочившейся, что ее расщепление становится совершенно невозможным. Стоит вспомнить, что бредовая форма шизофрении с относительно хорошо сохранившейся структурой личности чаще всего встречается в возрасте, близком к концу периода, во время которого человек подвержен этому заболеванию.

В детстве обычно встречаются только отдельные фрагменты шизофренического заболевания, такие как аутизм, странности в поведении либо в речи, приступы страха с галлюцинациями, эпизоды гебефренического поведения и т. д. Эти фрагменты не связываются, однако, в полную картину шизофрении, и потому в подобных случаях лучше ограничиться диагностированием синдрома или основных болезненных симптомов.

Шизофрения, которая случается в первый раз в периоде полной зрелости либо старости, нередко оказывается рецидивом этого заболевания: мог остаться незамеченным болезненный эпизод, перенесенный в молодости. Болезнь может быть связана с переходным периодом, особенно у женщин, или же с органическим повреждением мозга.

Пол. Частота заболеваемости шизофренией одинакова у мужчин и женщин. Также и картина болезни не представляет существенных половых различий.

Частота заболеваемости. Около 1 % общей популяции в цивилизованных обществах страдает шизофренией. Приблизительно от четверти до половины всех пациентов психиатрических больниц составляют больные шизофренией. Таким образом, это заболевание представляет серьезную социальную проблему, тем более болезненную, что она поражает молодых людей, лишь вступающих в жизнь.

Наследственность. Даже не интересующийся генетикой психиатр может с легкостью заметить определенные факты, которые имеют значение для установления генетических влияний в шизофрении. Первый из них как будто бы противоречит существованию этих влияний, поскольку мы относительно редко встречаемся с наследственной отягощенностью в семье больного. Типичное интервью свидетельствует о том, что в семье пациента не было психических заболеваний. Это согласуется со статистическими исследованиями, поскольку приблизительно в 90 % случаев родители больных шизофренией - люди психически здоровые. Вероятность шизофрении у родителей составляет около 10 %, а у дедушек и бабушек - около 4 %. Лишь использование методов статистической генетики (так называемый метод пробанда - исследование близнецов) позволяет получить более точные данные относительно значения наследственности при шизофрении.

Несмотря на расхождения в результатах, полученных разными исследователями, ясно видно, как возможность заболеть шизофренией возрастает соответственно степени родства в отношении пробанда и сколь велика разница в соответствии между однояйцовыми и двуяйцовыми близнецами. Расхождения в результатах, однако, значительны. Так, например, вероятность заболевания шизофренией у ребенка, у которого и отец, и мать подвержены этому заболеванию, составляет по различным данным от 15 до 68 %.

Все исследования, таким образом, подтверждают значение наследственного фактора в шизофрении. Шизофрения у детей тесно связана с этим заболеванием у взрослых.

Другое наблюдение, которое легко сделать в психиатрической практике, состоит в том, что, когда существует выраженная наследственная отягощенность, протекание шизофрении обычно бывает спокойным и нетипичным. Это наблюдение было подтверждено исследованиями Е. Блейлера (1930) и Леонарда (1936). Независимо друг от друга они установили, что случаи шизофрении, протекающие нетипично, часто циклически, и не ведущие к отупению, обнаруживают явную генетическую основу, в то время как в случаях, характеризующихся типическим протеканием, такой основы не обнаруживается. Этот факт можно было бы объяснить тем, что больные, страдающие тяжелой <типичной> формой шизофрении, значительно реже оставляют после себя потомство, сравнительно с теми, у которых протекание болезни было легким, <нетипичным>. Можно было бы также принять, что у больных шизофренией, у которых не удается обнаружить наследственной отягощенности, мы имеем дело со свежей мутацией, что обуславливает большую степень проникновения, т. е. выявления в фенотипе, нежели в тех случаях, когда мутированный ген проходит через несколько поколений. Склоняясь же к концепциям, акцентирующим роль среды, следовало бы считать, что решающее влияние на возникновение тяжелых форм, ведущих к шизофреническому отупению, имеет среда. В генезисе шизофренической деградации в современной психиатрии подчеркивается роль монотонии больничного режима и неблагоприятной семейной атмосферы.

Третье наблюдение касается структуры и атмосферы семьи, в которой растут будущие больные шизофренией. Часто это - разбитые семьи, в которых существует большое эмоциональное напряжение между родителями, взаимная враждебность и эмоционально-чувственная изоляция. Ребенок в подобных условиях испытывает чувства пустоты и неуверенности.

Со времен исследований Г. Лидза (1949) много внимания уделялось семьям

больных шизофренией. Стало популярным понятие <шизофреногенной матери>, скрытая враждебность которой к ребенку, отсутствие подлинных материнских чувств, неоднократно маскируемых преувеличенной заботливостью и тенденцией к доминированию, ведет к тому, что ребенок изолируется от эмоционально-чувственных связей с окружением либо развивается амбивалентным способом.

Совершенно иную картину представляют семьи циклофреников; для них характерны тесные, живые и искренние эмоционально-чувственные отношения; обычно они бывают многочисленными, в противоположность малочисленным семьям шизофреников. Подобный тип семьи способствует развитию живого эмоционального отношения с окружением, однако, с другой стороны, установившаяся в семье схема взаимных отношений может порождать тенденцию к ломке ее слишком жестких требований. Подобные реакции в случае заболевания приобретают форму мании либо усиливают чувство вины, что в свою очередь ведет к депрессии.

Приведенные концепции относительно влияния семейной среды на формирование патологического эмоционально-чувственного стереотипа, который может вести к шизофрении либо циклофрении, находят определенное подтверждение в статистических генетических исследованиях лиц, страдающих шизофренией. Среди родителей Ф. Дж. Кальман установил около 35% шизоидов, то есть людей, испытывающих трудности в установлении теплого эмоционального отношения с ближайшим окружением. Патология эмоциональных отношений чаще наблюдается в семьях, состоящих из шизоидов, сравнительно с семьями, состоящими из лиц циклоидного типа.

Клиницисты давно уже обращали внимание на удивительную подчас толерантность шизофреников к боли, травмам, ранам, хирургическим процедурам, а также на иммунитет к таким субстанциям, как гистамин, тироксин, инсулин, и, вероятно, также и к инфекционным заболеваниям (за исключением туберкулеза, которому, наоборот, они более подвержены). Опираясь на эти наблюдения, некоторые авторы подчеркивают действие гетерозии в сохранении частотности шизофренического гена в популяции. Ибо, принимая во внимание, что больные шизофренией оставляют потомства приблизительно на 30 % меньше, сравнительно с общей популяцией, следовало бы ожидать постепенного угасания этой болезни. Если бы принять, что этому противодействует появление мутированного гена, то и в этом случае данное заболевание встречалось бы реже, чем это наблюдается в настоящее время. Если бы, однако, носители шизофренического гена, т. е. те, кто, хотя и не обнаруживает симптомов шизофрении, но таким геном обладает, оставили бы больше потомства, нежели больные шизофренией, то тем самым компенсировались потери, понесенные в результате уменьшения потомства, оставляемого шизофрениками. Вопрос о том, с чем связана лучшая биологическая приспособляемость носителей шизофренического гена, остается открытым.

Однако нельзя исключить, что причиной может быть повышенный иммунитет к травмам и инфекционным заболеваниям, свойственный больным шизофренией.

Можно также строить предположения относительно психических черт носителей шизофренического гена, особенно по поводу того, что определяется понятием шизоидной личности. Будущие шизофреники часто с детства обнаруживают определенные характерные особенности личности, отличающие их от других детей.

К ним относятся такие черты, как несмелость, трудность установления контактов с окружением, чувство неполноценности, компенсируемое склонностью к фантазиям, чрезмерная подчиняемость и т. п. По мнению генетически ориентированных психиатров, эти черты обуславливаются действием шизофренического гена, который полностью проявляется в момент вспышки психоза.

Форма манифестации шизофренического гена зависит как от влияний генетического окружения, т. е. действия других генов, так и от внешнего окружения, прежде всего социального, которое играет основную роль в развитии человека.

Статистические данные исследований наследственности шизофрении следовало бы дополнить гипотетической моделью наследования. Возможно использование двух основных моделей: одно- либо полигеновой или моногеновой. Первая используется обычно, когда имеют дело с качественной особенностью, т. е. такой, которая соответствует принципу <все или ничего>; другая же в тех случаях, когда та или иная особенность имеет количественный характер и распределяется в популяции соответственно кривой Гаусса (например, рост, масса тела, уровень интеллекта). Следует, однако, отметить, что в свете биохимической генетики распределение в соответствии с кривой Гаусса возможно также и при одногеновом наследовании данной черты. Ибо генетически обследованное возникновение определенного фермента (например катализирующего фенилаланин в тирозин) может колебаться от нуля до некоторого максимума; наибольшее число лиц в популяции будет иметь средние показатели, патология же выступает на обоих концах кривой. Следовательно, количественные черты могут так же хорошо наследоваться моногенетически, как и качественные особенности. Неизвестно до сих пор также, существует ли в случае шизофрении четкая граница между нормой и патологией. На позиции принятия постепенного перехода от шизоидности к шизофренией стоял А. Кречмер, а Г. Айзенк на основе факторного анализа выделяет факторы невротизма и психотизма, которые распределяются соответственно кривой Гаусса.

Принимая модель моногенного наследования, следует еще разрешить вопросы, имеем ли мы дело с рецессивной, доминантной или промежуточной его формой. Тот факт, что заболевание шизофренией начинается чаще всего неожиданно, связывается с рецессивной формой наследования, т. к. при этой форме гетерозиготы могут, будучи свободными от симптомов заболевания, незаметно переносить патологический ген от поколения к поколению, а его действие может обнаружиться лишь после соединения двух гетерозигот.

Гипотеза рецессивного наследования в разных ее модификациях имела наибольшее число сторонников - начиная от исследователей многокомплексной школы и кончая Кальманом. Модификации были необходимы для объяснения того, почему эмпирические данные не согласуются с теорией. Так, например, вероятность заболевания шизофренией у детей, оба родителя которых страдают шизофренией, должна составлять 100 %, а в действительности достигает лишь 31-68 %; у братьев и сестер должна равняться 25 %, а фактически составляет лишь около 14 %; у монозиготных близнецов должна равняться 100 %, а на самом деле достигает, по данным разных авторов, от 67 до 86%.

Чтобы объяснить эти несоответствия, Кальман (1948, 1953, 1959) принимает гипотезу, что помимо главного рецессивного гена, который вызывает какую-

нибудь энзиматическую недостаточность, ведущую к шизофреническим изменениям в поведении, существует помеченная система защиты, не допускающая проявления патологического гена в фенотипе.

Цивилизационные и экономические факторы. Психиатры, работающие среди так называемых примитивных народов, в общем, согласны в том, что процент заболеваемости шизофренией у них значительно ниже, нежели в цивилизованных обществах. Картина психоза у них несколько отличается: преобладают острые формы, близкие к кататонии, которые часто связаны с помрачением сознания и, в общем, редко приводят к шизофренической деградации.

При включении туземцев в круг западной цивилизации заболеваемость шизофренией среди них возрастает, а картина болезни уподобляется той, что характерна для нашей культуры.

При оценке приведенных данных необходимо соблюдать критичность, как и всегда в психиатрии, когда мы имеем дело с фактами статистического характера. Даже в обществах с высоким уровнем психиатрического обслуживания установление точного числа больных различными заболеваниями весьма затруднительно, что связано либо с различиями диагностических критериев, либо с невозможностью зарегистрировать всех больных. Эти трудности, разумеется, возрастают в регионах с низким уровнем психиатрической помощи.

В связи с распространенным представлением о кризисе западной культуры было бы интересно попытаться сравнить частоту заболеваний шизофренией в настоящем периоде с периодом большей стабилизации и интеграции. Для этого, однако, недостает надежных данных. Около двадцати лет назад на одном из заседаний Краковского отделения медицинского общества Морис Борнштайн говорил о шизофренизации современного общества. Его предвидения оказались верными. Действительно, все чаще наблюдается нарастание аутистической установки в отношении окружающего технического мира. Люди чувствуют себя в нем одинокими, чужими, непонятыми, страдающими от скуки. В то же время интеграция становится все более трудной. Люди остро чувствуют хаос, царящий в окружающем мире и в них самих. Среди молодежи, особенно в странах высокого экономического уровня, все чаще наблюдается тенденция к бегству в психотический мир с помощью галлюциногенных средств (прежде всего ЛСД).

Разумеется, шизофренизация не равнозначна шизофрении. Этот термин указывает лишь на определенные культурные тенденции, напоминающие некоторые шизофренические симптомы.

НАЧАЛО БОЛЕЗНИ

Внезапное начало заболевания. Начало заболевания шизофренией может быть внезапным, драматическим, не оставляющим сомнений в том, что мы имеем дело с психическим заболеванием, а может быть скрытым, когда месяцами и даже годами самое близкое окружение не подозревает о развивающемся болезненном процессе, лишь неожиданное обострение или прогрессирующая деградация сигнализирует о психическом заболевании.

В первом случае нас поражает внезапное изменение в поведении больного. Это может быть приступ безумия - сильное возбуждение с доминирующим обычно страхом, острое состояние помраченного сознания, странности

поведения, рассогласованность, несистематизированный бред, галлюцинации, попытки самоубийства или самокалечения. Бурное извержение, как если бы взорвалась прежняя структура, сигнализирует о начале болезни.

Замедленное начало болезни. Во втором случае с внешней стороны все остается неизменным; больной как будто бы не меняется, сохраняет адекватность социального поведения, работает. Изменение скорее ощущается, нежели воспринимается. Что-то неуловимое отделяет его от близких, как если бы он был не от мира сего и не ходил по той же самой земле. Иногда он выдает себя своими бредовыми подозрениями, странными мыслями, хаосом либо пустотой в голове, иногда обращает внимание окружающих слишком частыми выключениями из разговора, устремленным вдаль взглядом, странным выражением лица, не соответствующим актуальной психологической ситуации, мимолетной гримасой ненависти, экстаза, взрывом смеха, апатией, безынициативностью, избеганием общества, стремлением к одиночеству, пре-небрежением повседневными обязанностями, даже самыми элементарными, касающимися гигиены тела, чрезмерной набожностью, равнодушием к прежним увлечениям и т. д.

Изменение бывает иногда столь незаметным, что шизофренический эпизод проходит незамеченным, и лишь рецидив заболевания в более острой форме спустя несколько месяцев или даже лет напоминает окружению, что когда-то раньше больной уже вел себя странно.

Диагностика шизофрении в подобных случаях весьма затруднительна. Часто в силу отсутствия более драматических проявлений ставится диагноз невроза или обострения психопатии. Лишь дальнейшее развитие болезни выявляет диагностическую ошибку.

Невротическое начало болезни. Существуют, наконец, так называемые <псевдоневротические> формы шизофрении, при которых на первый план выступают ипохондрические, неврастенические либо истерические симптомы. Правда, в беседе с больным часто возникает впечатление, что мы здесь имеем дело с нарушением более глубоким, нежели невротическое расстройство, однако трудно бывает обосновать свое предположение.

Помимо неопределенного ощущения <инаковости> и странности некоторые детали поведения иногда позволяют отличить невротическую форму шизофрении от обычного невроза. В противоположность больным с невротическими расстройствами шизофреник вообще не стремится к медицинской помощи, особенно, если он еще не знаком с врачом и не доверяет ему. Беседа с больным иногда выявляет мнимый характер невротических симптомов. За невротическими симптомами кроется чувство пустоты, отвращение к жизни, апатия. Ипохондрические жалобы принимают форму чудачеств - тело трансформируется в сложную машину, с которой происходят таинственные, магические вещи. Истерические проявления от обычной, повседневной тематики переходят к демонстрации вещей необычных, причудливых, метафизических. Навязчивые мысли, действия и фобии становятся все более странными, иногда ужасающими. При этом постепенно утрачивается их критическая оценка, и они постепенно преобразуются в бредовые настроения.

Однако существенным диагностическим моментом в сомнительных случаях остается ощущение <инаковости> и странности, то, что в немецкой психиатрической терминологии обозначается понятием <Prasoxgefuhl> (чувствование шизофрении). Это понятие, разумеется, не отвечает

требованиям научной методологии, однако, как представляется, хорошо выражает специфику шизофренической экспрессии.

Парагномен. Отучается, что заболеванию шизофренией предшествует опережающий его на несколько недель или месяцев короткий эпизод необычного поведения, не типичный для пациента. Е. Бжезицкий обозначил такого рода феномен понятием парагномен, или <actio practer expectationem>, а именно такое поведение, которое выходит за границы ожидаемого как в оценке окружения, так и самого субъекта действия. Парагноменическое поведение следует отличать от импульсивных действий, которые в принципе предсказуемы, если абстрагироваться от завесы социальных запретов.

Если неожиданное действие, лишённое мотивов, имеет характер преступления и если оно, как выясняется в дальнейшем, является первым предвестником шизофрении, то оно определяется как *olelictum initialed*

1. C Bn.evcki. Faza iiltreparadoksalna w postaciparagnomen jako poczatko-we stadium schizofircnii I Neurologia, Neuiochirurgia i Psychiatria Polska. 1956. N 6. P. 669-680.

- Того же автора. Action inattendue (paragnomen) chez les nevrotiques et comme prodrome schizofrenique I Annales Medico-Psychologiqu-es. 1957. N. 5. P. 695-705.

2 Cieslak M., Spett K., Wolter W. PSychiatria w procesie karnym. Warszawa.' Wydawn. Prawnicze, 1968. P. 296-297. - Spett K. . Zabojstwo - pierwszy objaw choroby I Prawo i Zycie. 1956. N 6. P. 4.

ЧЕТЫРЕ ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ

Общепринято выделять четыре формы шизофрении: простую, гебефреническую, кататоническую и бредовую. Эти формы часто смешиваются и переходят одна в другую. Иногда даже бывает трудно определить, какая из них доминирует. Однако сам факт того, что это деление является общепринятым, свидетельствует о его полезности. Оно позволяет с помощью одного термина охарактеризовать картину шизофрении, что ввиду разнородности и богатства шизофренических симптомов является большим облегчением.

Простая шизофрения. Простая форма (*schizophrenia simplex*) характеризуется нарастающим безразличием, апатией, понижением настроения. Больного перестает интересовать судьба его близких и своя собственная. Как радостные, так и печальные события проходят мимо него, не оставляя следа. Даже смерть самого близкого человека нередко воспринимается с поразительным равнодушием. Напротив, мелкие неприятности могут вызывать бурный гнев, злость или угнетенное настроение. Вначале больной не пренебрегает своими обязанностями, но выполняет их стереотипно, безынициативно, как автомат. Результаты в учебе или труде постепенно становятся все хуже. Учителя и родители удивляются, что такой хороший и способный ученик начинает получать все более низкие оценки, несмотря на то что часами сидит над книгой. Иногда больной проводит время за бессмысленными занятиями. вроде заполнения толстых тетрадей не связанными между собой словами, цифрами, тайными знаками, планами, рисунками.

Больной сторонится общества, иногда месяцами не выходит из дома, чтобы не сталкиваться с людьми. Будучи вынужденным вступать в контакт с

товарищами, замыкается в себе, не принимает участия в разговоре, понуро сидит в своем углу. Если его спрашивают о чем-либо, он дает банальные ответы либо обходит вопросы молчанием. Однако ему настолько недостает инициативы, что он не в силах покинуть общество, в котором скучает, и продолжает находиться в нем как чужеродное тело, одинокий и покинутый. По отношению к близким он также становится все более далеким и чужим. О нем начинают говорить, что он изменился, стал холодным, равнодушным, что ему ни до чего нет дела.

Отсутствие инициативы, нормальной подвижности, стереотипность способов поведения иногда расцениваются обществом как положительные качества. О больном говорят: <какой послушный, вежливый ребенок>, хотя он уже давно вышел из детского возраста. Лишь иногда этот взрослый ребенок поражает родителей взрывом ярости, враждебности, грубостью, немотивированным смехом, странной гримасой лица, попыткой побега либо суицида.

Но в общем он добрый, послушный; всегда без возражений выполняет все поручения; не стремится вырваться из дому, как другие его сверстники; тихий, спокойный. Родителям, особенно слегка деспотичным, нравится такой покладистый ребенок. Такое тихое поведение является самым опасным, так как обычно проходит много времени, прежде чем близкие начинают понимать, что больному требуется психиатрическая помощь.

Иногда на первый план выступает упрямство. Больной судорожно цепляется за определенные стереотипы поведения, впадая в состояние гнева, когда окружающие пытаются их нарушить, как если бы с их нарушением все должно было пойти прахом. Его невозможно склонить к тому, чтобы он изменил стиль одежды, прическу, способ принятия пищи, распорядок дня и т. д.

В других случаях простой шизофрении в клинической картине доминируют угрюмость и раздражительность. Больной постоянно бывает капризным, и любой пустяк выводит его из равновесия; своим сердитым выражением он как бы защищается от контактов с окружающими.

Довольно часто собственное тело представляет центральную тему интересов больного. Оно заполняет пустоту его жизни. Больной концентрируется на внешнем виде своего тела либо на его внутренней структуре. Часами разглядывает себя в зеркале, делая при этом странные мины, огорчается какой-либо деталью своей внешности либо мнимым плохим функционированием какого-либо органа. Сочиняет фантастические концепции строения и работы своего организма и применяет фантастические способы лечения. М. Борнштайн¹ выделил в качестве особого вида ипохондрическую форму простой шизофрении, определяя ее как психосоматическую форму. Ипохондрические жалобы при шизофрении отличаются от подобных жалоб, встречающихся при неврозах, тем, что в случае шизофрении оказывается измененной целостная концепция тела, будучи странной и фантастической, не соответствующей принятым в окружении больного взглядам.

Ипохондрическая установка легко трансформируется в сверхценные или бредовые идеи. Больной, например, бывает убежден, что у него слишком длинный нос или слишком выпуклые глаза, и по этой причине стыдится выходить на улицу. Ему кажется, что люди над ним смеются, и он добивается пластической операции. Ее результат бывает кратковременным, так как больной снова находит что-то отталкивающее в своем лице. Больной может считать, что его кишечник плохо функционирует, вследствие чего от него

плохо пахнет, а все вокруг принимают и с отвращением отворачиваются от него. Иногда центральным пунктом ипохондрической установки становятся гениталии; больной, например, находит у себя признаки противоположного пола или разного рода мнимые деформации половых органов.

Иногда простая шизофрения принимает <философическую> форму - больной рассуждает о бессмысленности жизни, человеческих интересов и стремлений, фантазирует о том, чтобы заснуть и больше не просыпаться, иногда, чувствуя себя более бодрым, проводит бесплодные дискуссии по поводу <единственного> и <основного> смысла того, что его окружает.

Окружающие ощущают атмосферу пустоты вокруг больного. Его близкие пытаются пробиться через нее, <расшевелить> больного, принудить его к активности и

1. Bornsivain M. Wstep do psychiatru klinicznej dla lekarzy. psychologow i studentow. Wyd. II uzupelnicone // Ksiegarnia Ludowa. Lodz, 1948.

более живому эмоциональному реагированию, а если это не удастся, сами отдалаются от него, с жалостью называя его <бедным чудачком>.

С течением времени странности умножаются. Спокойствие тишины нарушают вспышки возбуждения либо кататонические, гебефренические или параноидные элементы.

Гебефреническая форма. Кажущейся противоположностью простой формы является гебефреническая форма. Если при простой шизофрении поражают апатия и бездеятельность больного, то здесь - сверхинициативность и сверхподвижность, которые, однако, отличаются своей спецификой и напоминают дурашливость маленьких детей. Отсюда происходит название: греческое слово <hebe> означает молодость, силу, крепость, радость, веселость. В польском языке слово <hebes> раньше употреблялось для несколько пренебрежительного определения молодого человека.

Гебефреник подвижен, и у него всегда множество идей, которые он с необыкновенной легкостью осуществляет, нередко шокируя этим свое окружение. То скорчит глупую мину, то покажет язык уважаемому человеку, то неожиданно разразится громким смехом в серьезную минуту, а иногда что-нибудь испортит или уничтожит просто так, <для смеха>. Всех задирает, не признает дистанции, задает глупые вопросы и смеется без причины. Даже находясь наедине с самим собой, иногда смеется или строит глупые мины. При выполнении поручений проявляет негативизм. На вопросы отвечает невпопад. Часто говорит много, но не всегда понятно, перескакивая с темы на тему, повторяя одни и те же фразы, создавая неологизмы.

Для близких больной вскоре становится обременительным. Поскольку поведение такого больного бросается в глаза, он быстро попадает к психиатру, что в случае простой шизофрении бывает скорее редкостью.

Подвижность и дурашливость больного напоминают иногда маниакальную или гипоманиакальную фазу циклофрении. Гебефреническая динамика, однако, отличается монотонностью: повторяются одни и те же выходки (<шутки>), гримасы, жесты. Персеверационный ритм - повторение одних и тех же форм поведения - не связан с тем, что делается вокруг, но определяется внутренним, оторванным от внешней действительности состоянием больного.

За гебефренической дурашливостью ощущаются пустота и отсутствие радости жизни, она напоминает <юмор висельников> - людей, которым больше уже нечего терять в жизни. Маниакальная же веселость связана с жизнью - большого радует солнце, краски, веселая компания, эротика. Конкретность в смысле сраженности с окружающей действительностью делает невозможным отрыв от нее.

Лучше всего это выражается в речи. Больной в маниакальном состоянии перескакивает с темы на тему, так как все время что-то новое в окружении привлекает его интерес. Он не <заговаривается>, так как все время остается связанным с реальной действительностью. Трудно поспевать за его мыслью, однако, понятно, что его в данный момент интересует, к чему он стремится; темп его мышления настолько высок, что возникает впечатление хаоса. Гебефреник <заговаривается>, ибо он оторван от действительности. Он перескакивает с темы на тему в силу нарушения внутренней структуры; его речь представляет отдельные, не образующие единого целого фрагменты, не связанные между собой и с окружающей действительностью.

Чрезмерная активность и дурашливость гебефреника абстрактны и оторваны от жизни и часто приобретают мрачный и даже трагический колорит. Они являются выражением не радости жизни и стремления к соединению с окружением, но возрастающего напряжения между собственным, внутренним миром и миром окружающим, запутанных и противоречивых чувств и мыслей. Часто они являются парадоксальной реакцией на чувство пустоты и безнадежности собственной жизни. В них присутствует катастрофический оттенок - <смеемся и безумствуем, ибо все бессмысленно>.

Иногда в результате непредсказуемости возникает <комический эффект>. Когда, например, мы неожиданно видим собственное лицо в кривом зеркале, то необычность увиденного вызывает у нас смех. Если бы, однако, оказалось, что наше лицо действительно изменилось, смех перешел бы в чувство ужаса. <Комический эффект> при психических заболеваниях возникает вследствие непредсказуемости поведения больного или в результате изумления, вызванного столкновением реального мира с миром больного, т. е. на основе необычности. При кататонической или параноидной шизофрении изумление, вызванное необычностью, временами вызывает чувство ужаса. В случае маниакального состояния изумление является результатом чрезмерности разнородных форм активности и ускоренного психического темпа, в случаях органического отупения и умственного недоразвития - следствием убожества и неадекватности форм поведения. Маниакальный комизм конкретен, тесно связан с окружающей жизнью: она питает его, в изоляции же от окружения он угасает. Помимо того, маниакальный комизм обуславливается чрезмерной жизненной динамикой и радостью жизни и, стало быть, представляет подлинный юмор жизни. Гебефренический комизм абстрактен; он порождается в отрыве от жизни, поражает своей непонятностью. Обычно он бывает связан не с повышенным настроением, а с пониженным и потому представляет не подлинный, но искусственный юмор.

Из четырех форм шизофрении, вопреки кажущимся различиям, наибольшее сходство существует между простой формой и гебефренической. Некоторые психиатры, особенно американские, используют оба названия в качестве синонимичных. Прогноз в случаях как той, так и другой из этих форм, в общем, менее оптимистичен по сравнению с другими формами шизофрении. Хроническая шизофрения или так называемый шизофренический <дефект> нередко принимает форму простой или гебефренической шизофрении.

Существенным моментом, связывающим эти две формы болезни, является впечатление пустоты, которое они вызывают у окружающих. И сами больные, впрочем, часто жалуются, что главное их переживание - это чувство пустоты, что у них что-то внутри выгорело. Наилучшим образом это выражается введенным Дж. Мазуркевичем¹ понятием шизофренической абиотрофии, т. е. угасания жизненной энергии.

1. Mawrkiewicz J. Wstep do psychofizjologii normalnei. Warszawa; P2WZ. 1950. Т. 1; 1956. Т. II.

Не следует, однако, забывать, что экспрессия никогда в полной мере не соответствует субъективному состоянию. При шизофрении это расхождение бывает особенно значительным, что, впрочем, представляет один из аспектов расщепления (schizis). За выражением пустоты и отсутствия жизненной динамики могут скрываться необычные переживания. Вслед за Е. Минковским¹ такое явление обозначают понятием полного или богатого аутизма в противоположность пустому аутизму, при котором внешняя пустота соответствует внутренней.

Чувство пустоты не является специфическим для шизофрении. Оно встречается при неврозах, депрессии, иногда в случаях органического отупения, а также и у психически здоровых людей. Чаще всего оно бывает связано с понижением жизненной динамики - человек в подобных состояниях чувствует себя <потухшим>, внутренне пустым и бесплодным. В норме подобные состояния возникают после напряженной психической активности; пустота в таких случаях является как бы выражением состояния расслабления. Пониженное настроение, являясь субъективным выражением снижения жизненной динамики, нередко связывается с чувством внутренней пустоты. Это чувство возникает также при негативном эмоционально-чувственном отношении к окружению. Типичным примером является чувство скуки. Стремление выключиться из интеракции с окружением обычно бывает первым выражением негативной установки к нему. Аналогичное чувство внутренней пустоты появляется при негативном отношении к самому себе. При этом человек сам для себя становится пустым и скучным.

Шизофреническая пустота, вероятно, отличается от нормальной лишь степенью выраженности и упроченности. Вопреки обычно неблагоприятному прогнозу в случае, когда внутренняя пустота оказывается главным симптомом шизофрении, больного удастся освободить от этого чувства, если врач сумеет побудить его к активности и эмоционально-чувственному включению в нее.

Кататоническая форма. В то время как пустота является главной чертой простой и гебефренической форм шизофрении, двигательная динамика выделяет кататоническую форму. В мире животных, а также и

1. Minkowski E. Traite de psychopathologie. Paris: Press Universitaires de France, 1966.

человека наблюдаются две крайних формы двигательной экспрессии: застывание в неподвижном состоянии (tots-tellerreflex) и форма мощного двигательного разряда в виде хаотических, бесцельных движений. Обе эти формы двигательных реакций наблюдаются в ситуациях, связанных с угрозой жизни, а субъективным их коррелятором является чувство сильного страха. Обе эти формы являются наиболее характерным внешним выражением кататонической шизофрении. В случае двигательной заторможенности

говорят о гипокинетической форме, которая может перейти в крайнюю степень - оцепенение (*stupor katatonicus*), а в случае двигательного возбуждения - о гиперкинетической форме, крайнюю степень которой представляет кататоническое буйство (*furor katatonicus*).

На основе наблюдений двигательной экспрессии, вегетативно-гормональных реакций, и прежде всего высказываний самих больных, которые их *post* описывают свои переживания во время кататонического периода, можно предполагать, что как двигательная заторможенность, так и двигательное возбуждение сопровождается сильным чувством страха. Оно может смешиваться с другими чувствами - религиозного или сексуального экстаза, ненависти, беспомощности или необычайной силы -, однако страх всегда остается осевым субъективным проявлением кататонической шизофрении. Этот страх может быть определен как дезинтеграционный, ибо он связан с бурным разрушением прежней структуры внутреннего мира больного.

Между обоими крайними образами двигательной экспрессии (*furor et stupor*) - буйства и оцепенения - наблюдаются разные степени двигательной возбужденности и заторможенности. Нередко картина болезни осциллирует - фазы возбуждения перемежаются фазами заторможенности. Иногда кататонические двигательные нарушения бывают только частичными, т. е. захватывают не всю двигательную экспрессию целиком, но лишь один ее фрагмент. Это может быть заторможенность речи - мутизм, ослабление мимической экспрессии (гипомимия), жестикуляции и т. п. Двигательное возбуждение может ограничиваться речью, мимикой, жестикуляцией. Еще более выраженная редукция выражается в ограничении возбуждения или заторможенности всего лишь одной двигательной формой.

В подобных случаях возбуждение проявляется повторением одних и тех же слов, той же самой гримасы лица либо одного и того же жеста. Оно определяется как шизофреническая персеверация. Это явление в определенном смысле подобно случающейся иногда в состоянии беспокойства у психически здоровых людей двигательной разрядке в форме стереотипного повторения какой-либо, обычно бесцельной, активности, вроде бессмысленной фразы, гримасы, либо автоматического выполнения какого-то действия, как, например, стучание пальцем по столу, качание ногой и т. д.

Частичная двигательная заторможенность выражается в зафиксированности определенной позы тела, какого-либо жеста или гримасы, которые вследствие самого факта жесткой фиксированности не гармонируют с актуальной двигательной экспрессией. Больной, например, смеется, но часть его лица неподвижна, застыла в другом мимическом выражении; больной бежит либо выполняет быстрые движения, но часть его тела остается жестко застывшей. Иногда трудно отличить кататоническое оцепенение от паркинсоноидального. Применение больших доз нейролептиков может вызвать паркинсоноидальные симптомы, как бы накладывающиеся на симптомы кататонические.

Как оцепенение, так и кататоническое возбуждение приводят на окружающих сильное впечатление. Трудно совладать с чувством страха при виде больного, который с диким, выражающим ужас лицом мечется, кидается на людей, пронзительно кричит, обнаруживая при этом такую необычайную силу, что часто несколько человек не в состоянии его одолеть. В хаотических, бесцельных и необычайно бурных движениях больного доминирует тенденция к освобождению и бегству куда глаза глядят. Выкрикиваемые слова чаще всего выражают страх, реже - экстаз. Слова не связываются в предложения; иногда больной громким голосом пропевает их, повторяя один и тот же

фрагмент мелодии.

В оцепенении больной с широко открытыми глазами, вглядываясь куда-то вдаль, стоит неподвижно, как статуя. Лицо выражает каменное спокойствие, страх или восхищение. Зрачки иногда бывают максимально расширены и временами лишь слабо реагируют на свет. Возникает впечатление, что больной ничего не воспринимает, что нормальный ритм интеракции с окружением оказался прерван; больной как будто застыл в одной точке времени, и неизвестно, что произойдет через минуту. Похожее жутковатое впечатление возникает, когда фильм внезапно останавливается на одном кадре: лица застывают в одном выражении, а тела - в незаконченном движении.

Больной не реагирует на вопросы, замечания и поручения. Если попытаться вынудить его к какой-либо активности, он оказывает сопротивление (активный негативизм) либо пассивно подчиняется (пассивный негативизм). Во втором случае больной может сохранять приданную ему позу, например поднятую руку или ногу, в течение длительного времени, значительно превосходящего границы того, что может выдержать психически здоровый человек (феномен так называемой восковидной гибкости - *flexibilitas cerea*). Больной, впрочем, сам нередко часами сохраняет какую-нибудь неудобную позу, например, лежит с головой, поднятой над подушкой (так называемая <психическая подушка>). У наблюдателя возникает впечатление, что больной в состоянии кататонического оцепенения не воспринимает стимулы из окружения, ибо совершенно на них не реагирует. Больные после выхода из подобного состояния иногда подробно рассказывают о том, что в то время происходило вокруг них, причем их переживания из того времени могут соответствовать объективной действительности либо быть связанными исключительно с их субъективной бредово-галлюцинаторной действительностью. Иногда, однако, этот период бывает покрыт полной либо частичной амнезией.

В возбуждении или кататоническом оцепенении больной как будто бы совершенно не испытывает потребности в пище и отдыхе. Если его не заставлять есть, он легко может дойти до крайнего истощения. При попытках кормления часто оказывает сильное сопротивление, поэтому приходится прибегать к искусственному кормлению. Еще не так давно проблема искусственного кормления была одной из серьезных трудностей психической опеки. Встречались больные, которых месяцами и даже годами приходилось кормить с помощью желудочного зонда.

Длительные состояния кататонического возбуждения либо ступора благодаря применению электрошока и нейролептиков стали явлением достаточно редкими. Менее же выраженные формы гиперкинетической или гипокинетической кататонии, определяемые как субкататонические состояния, встречаются довольно часто. Симптомы при этом менее драматические. Состояния заторможенности встречаются чаще, нежели возбуждения. Такие больные крайне медлительны, малоподвижны; у них маскоподобные лица; говорят мало, речь тихая, слабо модулированная. Их высказывания часто ограничиваются лаконичными <да> либо <нет>. Время они проводят в бездействии, лежа в постели, либо бесцельно ходят вперед и назад, часами смотрят в окно.

Состояние кататонической заторможенности нередко прерывается преходящим состоянием возбуждения. Больной вдруг становится чрезмерно подвижным, многословным и даже агрессивным. Это не есть, однако, двигательное возбуждение маниакального типа, обусловленное повышенной

жизненной динамикой, при котором интеракция с окружением ускорена, а не прервана. Поэтому маниакальная подвижность имеет плавный и целенаправленный в смысле связи с конкретной ситуацией характер. Кататоническая же чрезмерная подвижность воспринимается наблюдателем как ряд не связанных между собой бесцельных движений, оторванных от актуальной ситуации. Grimасы, жесты, ходьба не имеют какой-либо цели, как бы выбрасываются в пустоту, они не связаны с тем, что происходит вокруг, и потому производят странное впечатление. Неизвестно, почему больной выполняет какой-то жест, кривит лицо и т. д. Нужно было бы войти в мир больного, чтобы иметь возможность понять его двигательную экспрессию. Иногда те же самые жесты, гримасы, слова или короткие предложения повторяются с орнаментальной регулярностью независимо от внешней ситуации (упоминавшаяся ранее персеверация).

Хаотичность, бесцельность и отсутствие связи с актуальной ситуацией ясно обнаруживаются также в высшей форме движения, т. е. в речи. Шизофреническое разрушение структуры речи определяется как нарушение ассоциативности (*dissociatio*). Это нарушение является одним из осевых симптомов шизофрении, характерным не только для кататонической, но также и для остальных ее форм. В случае кататонии, как наиболее остро протекающей формы шизофрении, дезорганизация (*schizis*) охватывает низшие формы движения, в то время как речь, представляющая наивысшую и наиболее тонко организованную форму движения, подвергается расщеплению также и при других, менее бурно протекающих формах шизофрении. Степень разрушения ассоциативных связей может быть разная - от незначительной, когда можно понять отдельные предложения, но в итоге неясно, что хочет сказать больной, до так называемого <словесного салата>, когда речь состоит из отдельных, не связанных в предложения, слов, представляющих, главным образом, неологизмы и персеверирющие выражения или окрики и даже отдельные слоги.

При кататонии наблюдается значительно больше вегетативно-эндокринных нарушений сравнительно с другими формами шизофрении. О расширении зрачков уже упоминалось. Ладони и ступни ног часто становятся синими и холодными. Причиной может быть не только длительное нахождение в неудобной позе (эти изменения могут появиться уже в начальном периоде ступора), но и сосудисто-двигательные нарушения. Кожа лица становится жирной вследствие усиленной себореи, подобно тому, как это бывает в случаях воспаления мозга. Типичная для шизофрении задержка менструации у женщин чаще всего случается при ее кататонической форме. Нарушения сна и аппетита при кататонии также бывают выраженными наиболее драматически. Лабораторные исследования позволяют выявить наиболее тонкие проявления нарушения физиологического и биохимического равновесия. Нарушения при кататонической форме бывают более сильными сравнительно с другими формами и потому такие случаи представляют самый богатый материал для исследований подобного типа.

Бурно протекающий психоз кататонического типа может закончиться смертельным исходом, хотя, к счастью, такие случаи бывают нечасто.'

1. Laskowska D. Essai d'explication des mecanismes pathophysiologiques renant au developpment du syndrome confuso-catatonique aigu (<catatonique mortelle> de Stauder) au cours de la schizofrenie // Annales Medico-psychologiques. 1967, T. I, N 4. P. 549-559.

Характерной чертой является отсутствие патологоанатомических изменений, которые можно было бы признать причиной смерти. Результат вскрытия чаще всего бывает негативным. Причиной смерти, вероятнее всего, является бурный разряд нейроэндокринной системы, подобно тому как это бывает в случаях так называемой <смерти Вуду>.'

Диагностические трудности представляет дифференциация состояния кататонии от острого органического психоза, от эпилептического психоза, от циклофрении (гиперкинетическую форму можно спутать с маниакальной фазой, а гипокINETическую - с депрессивной), наконец, от реактивного психоза, особенно истерического типа, протекающего бурно и с сужением сознания.

Подробная беседа с окружающими больного и обстоятельное соматическое обследование, особенно неврологическое, плюс соответствующие лабораторные обследования (анализ мочи и крови на возможные токсические факторы, исследование спинномозговой жидкости, электроэнцефалография) в общем позволяют поставить правильный диагноз.

Прогноз в случае кататонии обычно бывает более оптимистическим, по сравнению с гебефренической, простой и затяжной параноидной формами. Прогноз при шизофрении в общем дело нелегкое и рискованное, т. к. зависит от слишком большого числа факторов, которые невозможно предусмотреть. Считается, однако, что, чем более бурно протекает начало болезни и чем богаче тематика болезненного мира - чем выраженное преобладает продуцирование над деструкцией, - тем более оптимистическим может быть прогноз.

Зато в случае кататонической шизофрении чаще, по сравнению с другими ее формами, наблюдаются рецидивы заболевания; болезненный процесс бывает, следовательно, циклическим, что может создавать трудности в плане дифференцирования этой формы шизофрении от циклофренического психоза.

Вопреки тому страху, который кататонический больной возбуждает у окружающих, он не представляет большой опасности в плане сохранения правопорядка. Вся его двигательная активность слишком хаотична и бесцельна, чтобы представлять большую опасность. Притом соответствующий подход к больному, без страха и агрессии, может легко его успокоить. Однако в случаях как гиперкинетической, так и гипокINETической формы всегда существует опасность самоубийства либо самолечения.

1. Cannon W. B. The wisdom of the body. New York: Norton, 1939. 37

Бредовая форма. Существенной особенностью бредовой формы является изменение структуры как собственного (внутреннего), так и окружающего мира. В принципе это характерно для любой формы шизофрении. Выдающийся современный французский психиатр Г. Эй' считает бред осевым симптомом шизофрении. Но в случае других форм изменение структуры, которое, быть может, лучше всего выражает ощущение больного, что он сам стал другим, а вместе с ним и весь мир, заслоняется выражением пустоты, как при простой и гебефренической формах, либо драматическим двигательным разрядом, как при кататонической форме. Помимо того, структура при всех этих формах бывает менее замкнутой, более разбитой, и вследствие этого с большим трудом поддающейся описанию. К этому добавляется трудность контакта; больной не умеет выразить то, что он переживает, и в результате

все больше замыкается в себе, либо стремится к разрядке посредством более примитивных, чем речь, двигательных форм активности.

Бредовая форма обычно встречается в более позднем возрасте, сравнительно с другими формами шизофрении. К концу юношеского периода личность бывает более консолидированной, а способы экспрессии лучше развиты, нежели в его начале. Вероятно, поэтому при шизофреническом бреде преобладают вербальные способы выражения переживаний; <фасад> личности оказывается лучше сохранившимся. Случается, что больной не вызывает подозрений своим поведением у окружающих до тех пор, пока не начинает рассказывать о своих наиболее личных переживаниях. Трудности контакта иногда возникают по вине врача, если он не умеет завоевать доверие больного и прочувствовать его переживания, удовлетворяясь определением наиболее заметных изменений в его поведении. Тот факт, что в последние годы диагноз бредовой шизофрении ставится чаще, чем раньше (около 70 % всех случаев шизофрении), объясняется в определенной мере тем, что благодаря использованию нейролептиков контакт с больными стал более легким. Если прежде наиболее впечатляющим моментом была главным образом кататоническая и гебефреническая экспрессия, то в настоящее время - это изменение структуры собственного (внутреннего) и внешнего мира.

-
1. EyH. Studes psychiatriques. Desclee de Brouver. Paris, 1954;
 2. EyH. Les problemes cliniques des schizophrenie // L'evoluOon psychiatrique. 1958. N II. P. 149-211.
-

Слово <paranoia> происходит от греческого <para> - рядом, возле, вопреки, наперекор, ложно, и <noos> - ум, разум, смысл. Этому термину соответствуют польское <obled> - сумасшествие, помешательство, русское <сумасшествие> и т. п. Следовательно, он означает то, что нечто случилось с разумом человека, который свернул с общей человеческой дороги.

Это - абстрактная модель, поскольку способ мышления каждого индивида своеобразен и зависит от личностных черт, истории жизни, среды, в которой живет человек, и т. д. Тем не менее существуют определенные внеиндивидуальные и вневременные черты видения себя и окружающего мира, которые обуславливают то, что основная структура человеческого разума остается той же самой, независимой от эпох и культурных кругов. Выход за рамки этой структуры, той, которую древние греки определяли как <noos>, называют бредом, когда речь идет о понятийной структуре, и галлюцинацией - в случае сенсорной структуры.

При бредовой шизофрении обычно встречаются как бред, так и галлюцинации, хотя либо то, либо другое может доминировать в различных случаях.

В создании бредовой структуры можно выделить три фазы: ожидания, озарения и упорядочения.

Фаза ожидания, описанная К. Ясперсом как Wahns-timmung - бредовое настроение, - характеризуется состоянием странного настроения, беспокойства, ощущения того, что должно что-то произойти, то, что прервет чувство неопределенности, разгонит темноту, окружающую больного.

Этот момент наступает в фазе озарения. Внезапно как бы все становится ясно. Это озарение подобно тому, что переживается, когда вдруг начинаешь

понимать то, что раньше понять было невозможно. В английской психологической терминологии это состояние обозначается понятием <aha feeling> - <aha> - переживание. Подобное озарение переживается в творческом процессе, когда, например, внезапно в сознании возникает новая научная идея. Однако все это - лишь слабые подобию переживаний больного. Ибо новый способ видения, который возникает в бредовом озарении, касается всей жизни; с этой минуты все видится по-другому. Быть может, наиболее соответствовал бы этому состоянию экстатический момент обращения - прежний человек перестает существовать, рождается новый, который видит мир уже другими глазами.

Если в первой фазе доминирует настроение неуверенности, страха, что вокруг больного и в нем самом что-то происходит, чего он не может понять, то во второй фазе он переживает состояние восторга открытия: наконец-то он дошел до сути вещей, неопределенность сменилась уверенностью, пусть хотя бы даже эта уверенность могла оказаться губительной. Образ нового мира еще хаотичный и туманный; истина уже известна, но не все еще укладывается в логическое целое.

Лишь в третьей фазе все начинает организовываться в логическую целостность (<rationalisme morbide>) О. Минковского. Бредовая концепция становится как бы кристаллом в насыщенном растворе; все факты жизни упорядочиваются соответственно ее структуре. Она подтверждается как близкими, так и отдаленными во времени и пространстве событиями. Не существует ничего, что так или иначе с ней бы не связывалось (<overinclusion> - <чрезмерное включение>, по современной психологической терминологии). Больной с мельчайшими подробностями рассказывает историю своей жизни, и все эти детали с необычайной логичностью доказывают истинность его бредовой конструкции.

Память больного иногда бывает поразительной. Он совершенно точно помнит, что такой-то сказал несколько лет назад, как себя вел, когда сделал какую мину либо усмехнулся. Никто не был бы способен столь детально воспроизвести прошлые события. Эта необычайная память (гипермнезия) касается только случаев, имеющих отношение к бредовой системе; при так называемом объективном тестировании обнаруживается не улучшение памяти, но скорее ее ухудшение. Но за пределами бредовой конструкции ничто для больного уже не важно.

Также наблюдается и обострение восприятия: больной замечает случайные жесты, гримасы лица, обрывки разговора прохожих на улице, все это его касается, и не существует вещей незначимых; каждая мелочь приобретает значение вследствие самого факта включения в создающуюся бредовую конструкцию.

Иногда, еще прежде чем больной затронет свою бредовую конструкцию, уже сам способ представления фактов, слишком мелочный и педантичный, свидетельствующий о гиперфункции наблюдательности, памяти и логического увязывания, позволяет заподозрить параноидный синдром.

Новый мир, который в озарении открывается перед больным, имеет разнообразную тематику и структуру. Прежде чем подвергнуть эту проблему обстоятельному анализу, следует обратить внимание на два классификационных критерия: на ту позицию, которую больной занимает в отношении нового мира и на <материал>, из которого этот мир построен.

Одной из основных особенностей построения человеческого мира и, вероятно, мира животных является его эгоцентрический характер. Центральной точкой отсчета, вокруг которой все вращается, является данный человек либо иное живое существо, мир переживаний которого мы хотели бы исследовать. Бредовая структура, помимо прочего, основывается на том, что эгоцентричность системы подвергается еще большему акцентированию. При этом исчезает нормальная перспектива, которая позволяет отделить <то, что касается меня> от <того, что меня не касается>. Больного касается все, все к нему относится. Происходит приближение окружающего мира - его <физиогномизация> (по терминологии экзистенциальной психиатрии). Давление окружающего мира становится настолько сильным, что утрачивается способность свободного перемещения в нем. Заостренная наблюдательность и память обуславливаются чувством необычного значения того, что происходит вокруг; каждая деталь важна для больного, ибо лично его касается.

В этом мире с сокращенной перспективой можно занимать позицию <наверху> либо <внизу>; индивид либо управляет миром, либо мир управляет им.

В первом случае говорят о бреде величия - больной чувствует себя всемогущим, может читать чужие мысли, отдавать приказы на расстоянии людям, животным, вещам, чувствует себя богом, дьяволом, святым, героем, великим изобретателем и т.д. Во втором же случае говорится о бреде преследования - больному кажется, что за ним следят, мысли его читают, им управляют извне, как автоматом, у него нет собственной воли; он - самый плохой и ничего хорошего не заслуживает; его ожидают только суд и обвинительный приговор.

Обычно бредовая картина осциллирует между двумя полюсами повышенного и пониженного самочувствия. Особенно в начальном периоде шизофрении бред величия переплетается с бредом преследования. Больной чувствует себя всемогущим; на него возложена великая миссия, и в то же время за ним следят, его преследуют, и ему грозит гибель. Вследствие сокращения перспективы шизофренического мира центральная точка отсчета - <Я> - может с легкостью осциллировать между верхней и нижней позициями. Подобная осцилляция, только значительно более слабая, наблюдается также и у психически здоровых людей: то они чувствуют себя <наверху>, то <внизу> относительно окружающего мира. Частота и амплитуда колебаний зависят от типа личности.

В более поздних периодах шизофрении обычно наблюдается большая стабильность; один из вариантов бреда выражение преобладает. Бред преследования бывает чаще, нежели бред величия. Однако здесь трудно установить какую-либо закономерность, так как это требовало бы более подробного статистического анализа явления. Однако можно отметить, что в определенные периоды преобладает бред преследования, в иные же - бред величия. Картина психических нарушений в общем изменчива и в определенной степени зависит от атмосферы данной эпохи или культурного круга.

Двухполярность бредовой шизофрении - вариант преследования и вариант величия - соответствует двухполярности иных форм шизофрении: форма простая и гебефреническая, гипокинетическая и гиперкинетическая, а в циклофрении - депрессивная фаза и фаза маниакальная. Подобная биполярность представляет основную осцилляцию между повышением и

понижением жизненной динамики, наблюдающуюся у каждого человека, только в значительно менее выраженной степени. С повышенной жизненной динамикой и хорошим самочувствием связано чувство превосходства над окружающим миром, а с пониженной жизненной динамикой и плохим самочувствием - чувство подавленности окружающим миром.

<Материал>, из которого строится шизофренический мир, может иметь более сенсорный или более мыслительный характер. В норме также люди воспринимают окружающий мир либо на сенсорном, либо преимущественно на мыслительном уровне (Павловские художественный и мыслительные уровни). В зависимости от того, касается ли болезненное изменение структуры собственного мира, прежде всего сенсорного <материала>, или понятийного, при шизофрении преобладают галлюцинации или бред. Редко мы имеем дело исключительно лишь с одним синдромом (бредовым либо галлюцинаторным); чаще всего формируется бредово-галлюцинаторной комплекс.

При анализе <материала> принимается во внимание степень соответствия действительности; под действительностью понимается то, что в индивидуальном и неповторимом мире человеческих переживаний является общим для всех людей, и поэтому - ясным и понятным (koinos kosmos Гераклита)¹. Шкала отклонений от действительности при шизофрении чрезвычайно широка - от ложной интерпретации (бредовая установка, сверхценные идеи), когда мир больного, в принципе, остается таким же, что и мир других людей; он только как бы по-другому освещен; другие вещи являются для него самыми важными и до полного отрыва от действительности и переноса в мир, более близкий сновидению, нежели тому, что реально происходит вокруг. В этом последнем случае трудно отыскать в переживаниях больного какое-либо подобие действительности; все становится иным, его мир конструируется почти исключительно из галлюцинаций и бреда.

Эта форма шизофрении называется онейроидной (oneiros - сон). Для нее характерно преобладание зрительных галлюцинаций, подобных сновидениям. Чаще всего, однако, при шизофрении встречаются слуховые вербальные галлюцинации, и, таким образом, трансформированным оказывается тот вид восприятия, который связан с контактами с другими людьми и наиболее близок к мышлению. Несколько реже встречаются обонятельные, вкусовые, зрительные, осязательные и идущие изнутри тела галлюцинации. То же самое касается иллюзий. В них преобразование действительности не полное, как при галлюцинациях, но лишь частичное, например, больной слышит оскорбительные слова, произносимые в его адрес, когда в действительности имеет место невинная беседа посторонних лиц, либо доносящийся с улицы шум.

1 <Kosmos> - порядок, лад, форма, строй, мир; <koinos> - общий, всеобщий, обычный (греч.).

В общем, прогноз бредовой шизофрении тем оптимистичнее, чем более бурно протекает ее начало, чем богаче психопатический мир и чем отдаленнее он от окружающей действительности, т. е. чем более он сближается с миром сновидения, а его структура не слишком жестко фиксирована.

Сравнительно с другими формами шизофрении при ее бредовой форме конфликты в правовом отношении случаются наиболее часто. Ибо <фасад> личности в этом случае часто сохраняется, благодаря чему больной производит на окружающих впечатление нормального и не сразу выключается

из социальной жизни. Кроме того, бредовая система нередко бывает направлена против окружения, что может вести к агрессивным действиям, цель которых самозащита: либо месть, либо исполнение бредовой миссии. Не следует, однако, забывать, что по данным статистики преступления в сообществе психически больных случаются не более часто, чем среди здоровых.

ТРИ ФАЗЫ ШИЗОФРЕНИИ

Можно выделить три этапа в развитии шизофренического процесса - овладения, адаптации и деградации. Это не значит, что всегда все три периода обязательно должны выделяться в каждом случае шизофрении; иногда после первого или второго периода больной полностью выздоравливает, и трудно найти в его личности следы деградации. Различной бывает также длительность отдельных периодов. Иногда первые два периода бывают очень короткими и протекают незамеченными, больной как бы сразу вступает в стадию деградации. Так бывает в случаях простой и гебефренической шизофрении. В общем, необходимо отметить, что среднее время длительности шизофренического процесса установить достаточно трудно. Иногда он длится годами вплоть до смерти больного, в других же случаях - кончается через несколько месяцев, недель или дней, а по мнению Е. Блейлера, даже через несколько часов. Нередко шизофрения, особенно кататоническая, протекает циклически; время от времени наблюдаются всплески заболевания, а в перерывах между ними больной бывает здоров либо обнаруживает лишь незначительные следы деградации.

Фаза овладения. Особенностью первого этапа является менее или более бурный переход из так называемого нормального мира в мир шизофренический. Больной оказывается захваченным новым способом видения самого себя и того, что его окружает. Больной вдруг оказывается в ином мире - видений, экстаза, кошмаров, изменившихся пропорций и красок. Сам он тоже становится кем-то другим - открывает себя подлинного, сбрасывает прежнюю маску, которая закрепощала и тормозила его, становится подлинным собой, героем, выступающим против всего мира, с убеждением в своей миссии, которую он должен исполнять, либо с чувством освобождения от себя прежнего, ощущает хаос, пустоту, собственное зло и ненависть к самому себе и ко всему миру. Если же изменение происходит постепенно, окружающий мир становится все более таинственным и зловещим, люди же, все менее понятные, возбуждают страх и стремление к бегству. Больной замыкается в себе, отказывается от всего (простая форма), утрачивает контроль над своими движениями; его тело застывает в неподвижности либо выполняет странные, нередко бурные движения, как бы управляемые извне (кататоническая форма); больной открывает истину, знает, почему этот человек странно усмехнулся, а тот так упорно его рассматривает; он уже не может убежать от следующего за ним глаза и подслушивающего уха; его мысли читают, его уничтожают лучами, либо, если истина радостная, он видит свою миссию, желает осчастливить других людей, ощущает свое всемогущество и т. д. (бредовая форма).

Трудно вжиться в атмосферу периода овладения; помимо переживания счастья, в ней доминирует ужас, вызванный самим фактом, что ты оказался захвачен чем-то новым и необычным. Психическое напряжение в этом периоде бывает настолько сильным, что больной калечит свое тело, совершенно не чувствуя боли, и часто длительное время не испытывает потребности в пище и отдыхе.

Фаза адаптации. В периоде адаптации буря стихает. Больной привыкает к новой роли. Его уже не поражают собственные странные мысли, чувства, образы. Бред и галлюцинации не изумляют своей необычностью. <Иное обличие мира> становится чем-то привычным и повседневным. Вследствие этого оно утрачивает свою привлекательность, перестает быть единственным и истинным, но становится лишь более подлинным, нежели действительность. Постепенно снова начинает возвращаться прежний, реальный мир. На психиатрическом языке подобное состояние называется <двойной ориентацией>. Больной может считать окружающих его людей ангелами либо дьяволами, но одновременно знает, что это - врачи, медицинские сестры и т. п. Себя он может считать богом, что, однако, не мешает ему приходить к врачу за рецептом. Может подозревать свою мать или жену в том, что они хотят его отравить, но без возражений съедает приготовленную ими пищу. Больной как бы одной ногой стоит на почве реальной действительности, а другой - на своей собственной, шизофренической.

Двойная ориентация. Двойная ориентация является признаком возвращения к нормальному, вероятному мышлению. На место шизофренического озарения вновь приходит нормальная человеческая неопределенность, выражающаяся в картезианском *cogito ergo sum*. Здесь *cogito* означает не столько <мыслю>, сколько <сомневаюсь>, <колеблюсь>, <сомневаюсь, следовательно существую>. Патология двойной ориентации состоит в том, что на место <либо> ставится <и>. Здоровый человек осуществляет выбор действительности на основе <либо>: в ночной темноте он может принять куст за подкарауливающего его человека, улыбку незнакомого человека может истолковать как дружественную либо ироническую. В каждом случае, однако, он должен осуществить выбор, решить что это: куст <либо> бандит, друг <либо> враг. Он не признает возможности одновременного существования альтернативных вариантов. При двойной ориентации обе противоположные возможности не исключаются взаимно; куст может быть и кустом <и> бандитом, улыбка - дружелюбной <и> враждебной.

Трудно, однако, жить в двух мирах одновременно. Поэтому при двойной ориентации одна из реальностей обычно преобладает. С терапевтической точки зрения, среда больного в этом периоде должна быть такой, чтобы <реальная> реальность более притягивала больного, нежели реальность шизофреническая. Поэтому большое значение имеет создание теплой, свободной атмосферы вокруг больного; это может предотвращать закрепление шизофренической реальности, что повело бы к постепенной деградации.

Дальнейшим шагом на пути к <нормальному> миру является развитие критики в смысле перечеркивания больным шизофренической реальности; она перестает быть для него действительностью и становится пережитым, болезненным миражом. Среди психиатров доминирует убеждение, что критика в отношении собственных болезненных симптомов является критерием выхода из психоза. Формируя этот критерий с позиции больного, можно было бы утверждать, что он может вернуться в <нормальный> мир после отказа и решительного отрицания действительности психотического мира. Выполнение этого условия не является легким делом, поскольку переживания, испытываемые во время психоза, необычайно сильны, а чувство реальности в большой мере зависит от силы переживания.

Трудно согласиться с тем, что то, что сильнее всего переживалось и запечатлелось в психике, было фикцией. Если мы с легкостью отбрасываем действительность сновидений, во время которых переживания иногда бывают очень сильными, хотя и никогда не достигают интенсивности психотических

переживаний, то это объясняется тем, что образы сновидений обычно быстро стираются в памяти, и тем, что вследствие постоянного повторения закрепляется убеждение в их нереальности. При острых психозах, включая и шизофрению, часто наблюдается амнезия болезненного периода, что, очевидно, облегчает развитие критики. Чувство реальности возрастает по мере усиления переживания лишь до определенных границ. По выходе за эти границы от слишком сильного переживания защищает утрата памяти, а еще дальше - потеря сознания. Мерой силы переживания являются эмоциональная ангажированность и неразрывно связанные с этим состоянием вегетативные изменения. Если бы удалось измерить силу переживания, степень осознания, а также точность и прочность мнемической записи, то, вероятно, корреляция между первым явлением и двумя другими имела бы такой характер, что до определенного момента все они соответствовали бы друг другу, т. е. корреляция была бы положительной; с возрастанием силы переживания возрастала бы степень осознания и прочность мнемической записи, а после перехода критической точки положительная корреляция сменилась бы отрицательной, т. е. с ростом силы переживания снижалась бы степень осознания и уменьшалась прочность мнемической записи, в связи с чем уменьшалось бы также и чувство реальности.

Когда память о болезненных переживаниях сохраняется, отрицание их реальности не представляется легкой задачей. Болезненные переживания обуславливают такое же, а иногда даже более сильное, нежели обычные переживания, убеждения в их реальности. Мир болезненных переживаний представляет, как это определил один из пациентов, мир <четвертого измерения>; до тех пор, пока в периоды ремиссии он признавал его нереальность, он испытывал постоянное чувство беспокойства, вытекавшее, вероятно, из того, что, находясь в одном из миров, он вынужден был отрицать существование другого; будучи здоровым, он отрицал реальность болезненного мира, а когда был болен - реальность мира действительного. Он обрел спокойствие лишь тогда, когда признал реальность обоих миров; рецидивы заболевания с этого времени стали реже и значительно слабее.

Персеверация. В человеческой жизни, как и в произведении искусства, можно найти немало орнаментальных мотивов, т. е. таких, которые когда-то были наполнены содержанием, но со временем превратились в стереотипно повторяющиеся украшения. Во время первой любви определенные слова бывают заряжены эмоционально-чувственным содержанием, символом которого они становятся, и которое иначе человек выразить не умеет; когда же чувства остывают, эти же самые слова становятся уже лишь пустыми, стереотипно повторяемыми декорациями.

В психопатологии явление точного повторения какого-либо фрагмента движения или речи, независимо от ситуации, называется, как уже упоминалось, персеверацией. Персеверации характерны для органических нарушений эпилепсии и шизофрении. Тенденция к повторению тех же самых функциональных структур - явление, распространенное среди всех живых организмов; на ней основывается выработка рефлексов, навыков и т.п. Ее следует трактовать как проявление ритмичности, характерное для самой жизни. Чем меньше имеется потенциальных функциональных структур, тем больше шансов проявления стереотипности. У животных с низкой степенью развития нервной системы чаще можно наблюдать стереотипное повторение одних и тех же форм активности, нежели у тех, кто стоит выше на эволюционной лестнице. А у высших животных и у человека проявления активности на уровне продолговатого мозга или ствола мозга значительно менее разнообразны по сравнению с теми, которые управляются на высшем

интеграционном уровне центральной нервной системы, и в реализации этих активностей легче проследить персеверационный ритм, ибо число потенциальных функциональных структур, которыми располагают продолговатый мозг или ствол, несравненно меньше количества структур, которыми располагает кора мозга. Помимо бедности потенциальных функциональных структур при возникновении персевераций играет роль момент упорства (<perseverare> означает <стоять на своем>, <продолжать делать дальше>). В этом смысле персеверация является выражением тенденции живого организма к сохранению собственной функциональной структуры вопреки противодействию со стороны окружения. Стремление к сохранению собственного индивидуального порядка - основная особенность жизни.

Бедность потенциальных функциональных структур может быть обусловлена разными причинами. Одной из таких причин бывает повреждение центральной нервной системы. При моторной афазии больной повторяет одно и то же слово либо слог для выражения разного содержания, ибо не располагает другими функциональными структурами речи. При органических нарушениях ЦНС больной по любому пустяковому поводу реагирует стереотипно - плачет либо смеется (*incontinentia emotionalis*), так как иные мимические структуры для выражения печали или радости оказались стертыми, повторяет одни и те же фразы, поговорки, отдельные слова и слоги, так как других отыскать не в состоянии. При эпилептическом разряде, а в меньшей степени и при каждом сильном эмоциональном возбуждении значительная часть центральной нервной системы оказывается временно выключенной из нормальной активности, наступает преходящее редуцирование потенциальных функциональных структур; помимо задействованной при эпилептическом разряде или эмоциональном возбуждении структуры, образуется временная пустота. То, что было реализовано, повторяется стереотипным образом, например, какое-либо слово в упоении любви или же в состоянии гнева.

Иначе представляется дело в случае навязчивости; здесь повторяемая функциональная структура (мысль, действие, навязчивый страх) имеет характер ритуала. Ритуал выполняет функцию защиты перед неизвестным. Повторяя определенные действия или заклинания, которые непосвященному наблюдателю могут показаться бессмысленными, прокладывается путь в таинственном мире, который мог бы грозить гибелью, если сойти с этого пути (латинское <ritus> происходит от санскритского <ṛi> - идти, плыть). В социальной жизни наблюдается использование ритуала в таких ситуациях, в которых человек сталкивается с неизвестным, божеством, властителем, смертью и даже с любовью. В основе ритуала лежит магическое мышление, убеждение в том, что, если идти определенным, соответствующим этому мышлению путем, то ничего плохого не случится. Вместо того чтобы бояться неизвестного, мы боимся нарушения ритуала.

При неврозе навязчивости невротическая тревога кристаллизуется в определенных ситуациях, по видимости или на самом деле не имеющих ничего общего с их сущностью. Когда молодую мать преследует мысль, что она может сделать что-то плохое своему ребенку, и она прячет острые предметы, чтобы ненароком не осуществить свою мысль, то в этом казалось бы бессмысленном действии она замыкает, как в магическом круге, все свои страхи и тревоги, амбивалентные чувства, неуверенность в себе, связанные с материнством. Когда кто-то, выезжая куда-либо, в сотый раз проверяет, есть ли у него в кармане билет, то в этом навязчивом действии кристаллизуется его страх перед изменением ситуации или перед неизвестностью, страх,

вызванный необходимостью путешествия. Больной, преследуемый навязчивым страхом запачкаться и чуть ли не каждую минуту моющий руки, чтобы уменьшить этот страх, стремится посредством этого ритуала очиститься, хотя бы на какой-то момент от телесности контактов с окружающим миром, который возбуждает в нем страх, так как на основе неудовлетворенного сексуального влечения каждое прикосновение для него насыщено телесностью и грехом.

Шизофреническая персеверация выражается в форме повторения тех же самых жестов, мин, поз тела, слов, обычно совершенно не связанных с актуальной ситуацией. Больной, например, каждую минуту гордо выпрямляется либо смеется, принимает грозное выражение лица либо со значением покашливает, повторяет одну и ту же фразу или выражение. Персеверация часто сразу же позволяет определить письменную или графическую продукцию как шизофреническую. Одно и то же выражение повторяется в разных местах текста; часто им бывает заполнена целая страница, а в рисунке повторяется один и тот же мотив. Один из пациентов краковской психиатрической клиники, художник, постоянно повторял в разных, часто неожиданных местах своих рисунков одну и ту же характерную фигуру, напоминающую пешку. По его представлению, она должна была означать <чиновника>, т. е. символ порядка и организации, противостоящий дезорганизации. Во всех рисунках Э. Монселя¹ повторяется один и тот же мотив: лица усатых мужчин, пристально, и . быть может даже грозно, глядящие на рассматривающего картину. На этом мотиве строится весь рисунок.

Бессмысленный жест, слово, гримаса лица и т. п. нередко, когда лучше узнают больного, приобретают смысл; более того, они становятся как бы квинтэссенцией его переживаний и даже всей его жизни. Пешки больного художника выражают его стремление к порядку; грозные лица Монселя - его чувство, что на него отовсюду смотрят глаза отца или Бога, сурово спрашивая, как он справляется со своей задачей. Иногда какое-нибудь персеверирующее движение руки или гримаса лица является для больного как бы ритуальным символом его отношения к миру и его миссии в нем. Это в чем-то аналогично биографиям выдающихся людей; вся их жизнь замыкается в одном произведении, героическом деянии, знаменитом высказывании.

Странность. Больного шизофренией можно уподобить артисту, который во второй фазе своей болезни повторяет фрагменты своего великого когда-то творчества начального периода заболевания. Монотонно повторяющиеся гримасы лица, жесты, странные позы, которые когда-то выражали необычайное эмоциональное напряжение, теперь трансформируются в пустую манерность. Рассказы о суицидных мыслях, бреде, галлюцинациях, самых трудных моментах жизни и т. п., повторяемые каждому доброжелательному слушателю стереотипным образом, как если бы проигрывалась магнитофонная запись, были когда-то вещами, наиболее глубоко переживаемыми, наиболее личными. Изоляция и нарушение непрерывного обмена информацией с окружающим реальным миром ведет к тому, что шизофренический мир, хотя нередко импонирующий поначалу своим богатством, поскольку в нем высвобождается то, что в реальном мире никогда бы проявиться не могло, с течением времени все более обедняется.

1. Более подробные сведения об этом больном художнике-самоучке приведены на с. 86 и далее.

Его элементы, когда-то представшие как бы интегральную часть

великолепного произведения искусства, вследствие повторения становятся банальными орнаментами. Заранее можно предвидеть, как больной будет себя вести, какие стереотипы при этом можно будет наблюдать. Непредсказуемость - *<actio praeter expectationem>* Е. Бжезицкого(1) - воспринимаемая окружением как странность, вследствие повторения превращается в предсказуемое чудачество. Ибо чудачество - это повторяющаяся странность, которая в результате повторения не вызывает уже реакции изумления; вместо изумления и страха она лишь вызывает улыбку жалости.

Говорят, что человек - раб своих привычек. Подобным образом больной шизофренией не может освободиться от своих стереотипных форм активности - бредовых установок, галлюцинаций, манерности, чудачеств и т. п.

Фиксированность шизофренических стереотипов окружение воспринимает как упрямство и чудачество. Трудно *<вывести>* больного на нормальную дорогу жизни. И даже если это удастся, то обычно через некоторое время он снова возвращается к своим прежним стереотипам. Больной, оказываясь перед выбором из двух миров - реальности и *<реальной>* и своей собственной, шизофренической), выбирает последнюю как сильнее переживаемую. Больной обычно не имеет опоры в реальной действительности. До болезни его часто окружала пустота, и пустота, но еще более тягостная ввиду клейма психически больного, ожидает его по окончании лечения. Не располагая достаточным запасом стереотипов психически здоровых людей, он легко возвращается к болезненным стереотипам. В шизофреническом мире он чувствует себя более уверенно и в большей безопасности, нежели в мире нормальном. Поэтому после перехода в фазу адаптации больной с большим трудом возвращается к полному психическому здоровью, и рецидивы случаются чаще сравнительно с первой фазой.

1. Brzezicki E. Paragnomen ou actio praeter expectationem f Ann. medico-psychologiques. 1960. T. 2, N 2.

Фаза деградации. Третий этап - фаза деградации, характеризующаяся прежде всего эмоционально-чувственным отупением, вызывает больше всего разногласий среди психиатров и неоднократно становится источником их чувства вины. С описания именно этого этапа началось сведение в единое целое различных синдромов: кататонии, гебефрении и паранойи в общую нозологическую форму, определяемую как *<раннее слабоумие>* (*dementia praecox*). Предполагалось, что отупение, вначале только эмоционально-чувственное, а со временем также и интеллектуальное, является осевым симптомом этой болезни. Оно обнаруживается уже в начале заболевания в случаях простой и гебефренической шизофрений и к концу болезни - при параноидной и кататонической формах. Лишь Е. Блейлер, благодаря своей психопатологической проницаемости, сумел показать, что не отупение, но аутизм и расщепление являются осевыми симптомами шизофрении. Однако до настоящего времени некоторые психиатры, стоящие на крепелиновской позиции, трактуют эмоционально-чувственное отупение как основной диагностический критерий этого заболевания; там, где он обнаруживается, говорят об *<истинной>* шизофрении, в отличие от *<мнимой>* шизофрении, либо шизофреноподобных психозов, не ведущих к отупению.

Подобная осторожность в распознавании шизофрении имеет свои отрицательные стороны, поскольку лишь негативный результат лечения в форме появления симптомов шизофренического отупения подтверждает диагноз. При большой восприимчивости этих больных к маскируемым и даже

неосознаваемым эмоциональным установкам в отношении к ним окружающих подобное <ожидание> может отрицательно влиять на результаты лечения.

Определенное сходство клинической картины между далеко зашедшим шизофреническим и органическим отупением склоняет некоторых психиатров к принятию органической этиологии, по крайней мере в случае <истинной> шизофрении.

Больничная деградация. С другой стороны, однако, все большую популярность среди психиатров приобретает мнение, что шизофреническая деградация является следствием слишком активного лечения и монотонного больничного режима. Как уже упоминалось, психиатры, работающие в так называемых примитивных сообществах¹, в общем единодушно подчеркивают, что шизофрения там характеризуется острым течением и шизофреническое отупение встречается редко. Тот факт, что подобное отупение встречается также и у больных, которые вообще не сталкиваются с больничным режимом либо у которых период лечения был непродолжительным, можно объяснить тем, что не всегда даже самая заботливая семейная опека для больного бывает полезной.

В числе этиологических факторов, ведущих к шизофрении, называют помимо прочего патологическую семейную атмосферу. Больной часто бывает обречен на семейную опеку, не может от нее освободиться и в результате подвергается постоянному действию эмоциональных факторов, которые в определенной степени способствовали развитию болезни. Шизофреническая деградация неоднократно уменьшается либо даже исчезает, когда больной оказывается вырванным из своей среды, как например во время войны.

Степень шизофренической деградации колеблется от бедности аффектов апатичности и безразличия до разрушения личности и отупения уже не только эмоционально-чувственного, но также и интеллектуального, напоминающего в определенной мере органическое отупение.

Трехфазное течение шизофрении. Трехфазное течение шизофрении соответствует протеканию тяжелых соматических болезней; первый период обычно бывает бурным, мобилизуются все защитные силы организма; во втором периоде наступает определенное равновесие, организм как бы <привыкает> к болезни; наконец, в третьем дело доходит до функционального истощения отдельных органов и дезорганизации их функций, заканчивающейся полной дезинтеграцией, т. е. смертью.

Во время первой фазы жизненная динамика достигает максимального уровня; во второй - снижается до уровня, на котором может сохраняться длительное время; в течение третьей - постепенно падает до нулевого уровня.

1. Magic, faith and healing. Studies in primitive psychiatry today И Red, A. Kiev. London; the Free Press of Glencoe, collier. Macmillan Ltd., 1964.

2 Это, правда не слишком четкое, понятие жизненной динамики часто используется также в форме синонимов, таких как <защитные силы организма, <мобилизация резервов>> и т. п. (прим. автора).

Г. Селье говорит о трехфазном синдроме стресса (реакция тревоги, стадия сопротивления и стадия истощения). Течение шизофрении иногда сравнивают с пожаром, который сначала вспыхивает, во второй фазе горит спокойнее и угасает в третьей, оставляя после себя прах и пепелище.

Угасание. Третий период шизофрении можно определить одним словом: угасание. Симптомы болезни тускнеют, так что отдельные формы шизофрении сливаются в одно неопределенное целое, которое больше всего напоминает простую и гебефреническую формы. Сохраняются несвязанные между собой фрагменты бреда, галлюцинаций, манерности (как остаточные проявления кататонической двигательной экспрессии). Не только картина болезни, но также и психологический профиль больного стираются; последний складывается из отдельных, разрозненных фрагментов. Индивидуальность, которая несмотря на расщепление личности вырисовывается достаточно отчетливо в первой и даже во второй фазах, в третьей утрачивается; один больной похож на другого, их трудно отличить друг от друга; о каждом можно сказать то же самое: <отупевший>, <без жизни>, <чужаковатый>.

Распад. Условием индивидуальности каждой системы, живой или мертвой, является определенный порядок. Кирпичи, сложенные в определенном порядке, образуют индивидуальное строение; разбросанные в беспорядке - просто бесформенную кучу; если и есть в ней какой-то порядок, то лишь статистический, а не творческий, требующий усилия. Распад личности, представляющий характерную черту третьей фазы шизофрении, состоит именно в утрате индивидуальности вследствие разрушения определенного, специфического для данного человека порядка. Дезинтеграция - один из двух осевых симптомов шизофрении - наблюдается во всех ее фазах, но в третьей расщепление превращается в распад. Невозможно охарактеризовать профиль личности больного, ибо он представляет собой конгломерат несвязанных в единое целое жестов, мин, эмоциональных реакций, слов. Речь представляет собой уже не набор отдельных предложений, не образующих логического целого (нарушение связности), но набор отдельных слов, многие из которых являются неологизмами, не образующими уже осмысленного высказывания (словесный салат). В то время как при нарушении связности отдельные предложения понятны, но трудно понять целостное содержание речи, ибо отсутствует ее логическая конструкция, то здесь утрачивается уже смысл даже отдельного предложения.

Характерный для живой природы творческий порядок, требующий усилия, связанного с самим фактом жизни, заменяется статистическим порядком, тенденцией к ритмизации. В третьей фазе шизофрении этот порядок основывается на стереотипном повторении случайных форм поведения. Больной часами выполняет одно и то же бесцельное движение, повторяет одно и то же слово или предложение, делает одну и ту же гримасу, упорно онанирует либо калечит свое тело и т. п. Если персеверация во второй фазе часто выражает синтез содержания переживаний больного, то в третьей фазе персеверирующая функциональная структура чаще всего бывает случайной. Здесь мы видим уже не символизацию переживаний, но лишь просто ритмическую активность, которая, будучи хоть какой-то формой порядка, заменяет порядок творческий.

В третьей фазе на первый план выступают распад, отупение, либо что-нибудь одно из них. Они представляют собой финальные формы двух осевых симптомов шизофрении: расщепление и аутизм. Долго длящийся аутизм - отрыв от окружающего мира и прекращение информационного обмена с ним (информационный метаболизм) - приводит в конце концов к психологической

бесплодности: шизофренической пустоте. Богатство первой фазы вытекает из того, что то, что под давлением окружения подавлялось и в лучшем случае проявлялось в сновидениях, либо в мимолетных мыслях или чувствах наяву, теперь выбрасывается вовне и благодаря этой проекции обретает черты реальности, вытесняя <реальную> реальность. Не подкрепляемое извне это внутреннее богатство с течением времени исчерпывается. После <пожара> остается <пепелище>.

Отрыв от реальности. Отрыв от реальности делает возможной <реализацию> тех функциональных структур, которые в норме отвергаются как нереальные. Действие становится излишним, достаточно самой мысли (аналогично <мысленным экспериментам> физиков-теоретиков). Внешний мир заполняется творениями внутреннего мира, фантазии, чувств, мыслей; они становятся действительностью. Внешний мир не терпит пустоты. Когда отсутствует достаточный приток информации извне, как, например, во время сна либо длительной изоляции, он заполняется творениями внутреннего мира.

Действительностью становится то, что ею не является, представляя лишь плоды активности психики.

Следует полагать, что в процессе информационного обмена (информационный метаболизм) с окружающим миром образ действительности формируется на границе контакта живого организма с окружающей средой и, следовательно, в процессе непрерывного отражения стимулов окружения и реагирования на них. Морфологическим репрезентантом этого контакта является нервная ткань, а физиологическим - рефлекторная дуга. Чувство реальности создается, так сказать, при ангажировании конечных звеньев рефлекторной дуги, т. е. органов чувств и органов движения.

Восприятие окружающего мира непосредственно связано с сенсорикой и действием. При этом мысли, мечтания, чувства влияют на восприятие реальности. При сенсорной депривации контакт с действительностью прерывается, а мысли и чувства получают информацию исключительно из внутреннего мира. Стол остается столом, который можно видеть, трогать, передвигать и т. д., а не набором элементарных частиц энергии, находящихся в бурном движении, отделенных друг от друга космическими относительно их величины пустыми пространствами, несмотря на то, что такая картина с научной точки зрения более истинна.

Если возникло иное представление о столе, нежели то, которое дают нам органы чувств и повседневная активность, то это произошло благодаря стремлению человека выйти за пределы собственных перцептивных и двигательных возможностей. Это стремление выйти за границы своего повседневного опыта физиологически можно объяснить несоответствием между конечными звеньями рефлекторной дуги и центральной частью. Только ничтожно малая часть функциональных структур, создающихся в центральной части рефлекторной дуги имеет шансы непосредственной встречи с окружающим миром через посредство рецепторов или эффекторов.

Прекращение информационного обмена, как, например, во время сна либо длительной изоляции, приводит к явлению проекции. Оно основывается на проецировании функциональных структур, возникающих в центральной части рефлекторной дуги, во внешнее окружение, т. е. они функционируют таким образом, как если бы проходили через рецепторные и эффекторные каналы. Субъективно они переживаются как внешняя реальность или, говоря иначе, находятся не внутри границы, отделяющей внутренний мир от внешнего, но

вне ее. Например, в сновидении действие разыгрывается снаружи, а не внутри этой границы.

Можно предполагать, что в подобных ситуациях (в сновидениях, при галлюцинировании, бреде) функциональная структура, возникшая в центральной части рефлекторной дуги, иррадирует к ее конечным звеньям и оказывается ближе к ним, чем при нормальном обмене информацией с окружением. Об этом свидетельствуют некоторые, правда немногочисленные, физиологические факты. Например, во время сновидения можно наблюдать движения глазных яблок, вызванные, по всей вероятности, слежением за зрительным образом, возникшим во время сна. При слуховых галлюцинациях, как было обнаружено уже много лет назад, осуществляются мышечные движения, связанные с речью, что позволяет предполагать, что больной сам является творцом своих галлюцинаторных голосов.

Во время третьей стадии шизофрении в центральной части рефлекторной дуги уже не возникают новые функциональные структуры; больной живет <старыми запасами>, оставшимися от того, что возникало в первом периоде. Мир становится серым и пустым. Время расплывается; больной не томится скукой и не спешит; ничего не происходит, ничего не ожидается; прошлое, будущее и настоящее сливаются в одну бесформенную бесконечность. Прежние бредовые построения и галлюцинации тускнеют; вследствие стереотипного повторения они утрачивают свою эмоциональную динамику. Уменьшаются возможности экспрессии; больной пользуется остатками экспрессивных средств, сохранившимися от первого периода болезни, а вследствие отрыва от окружения он оказывается не в состоянии создавать новые выразительные формы. Одной и той же гримасой лица он реагирует на все ситуации, стереотипно повторяет одни и те же слова; вспышка возбуждения, когда-то бывшая соразмерной необычному эмоционально-чувственному напряжению, теперь вызывается нередко какой-либо пустяковой причиной.

<Dementia ex inactivitate>. Определенные черты напоминают органическое слабоумие. К ним относятся прежде всего ослабление памяти и понижение интеллектуального уровня. Однако правомернее будет определять эти симптомы как dementia ex inactivitate, возникшие вследствие прекращения контакта с окружением и ослабления интегративной активности, необходимой для адекватного восприятия, мышления и памяти. Подобно тому, как и при хронических психоорганических синдромах, интересы больных нередко концентрируются на физиологических функциях. Они становятся лакомками и даже прожорливыми, любят спать или дремать, интересуются дефекацией. Иногда играют с экскрементами и мажут ими. В подобном поведении можно усмотреть определенную аналогию с заинтересованностью маленьких детей выделительными функциями в период научения социальным формам этих видов активности - для них это как бы <творческий акт>, своим <произведением> они хвалятся перед окружающими.

В третьей фазе может иметь место интенсивное мастурбирование, которое производит впечатление не столько стремления к сексуальной разрядке, сколько двигательной стереотипии.

Из других черт, напоминающих органическое слабоумие, следует назвать влечение к накопительству. Больные прячут разные ненужные вещи, бумажки, тряпицы, остатки пищи, стерегут их как сокровища, впадают в ярость при попытках их отобрать. Случается, что накопительство имеет скрытый символический смысл.¹ Одна из пациенток больницы им. Бабинского

в Кракове, пожилая уже женщина, годами подбирала с земли перья; одно перо постоянно прижимала к сердцу. На вопрос врача, почему она это делает, больная призналась по секрету, что перо - это ее птенчик, жених. Много лет назад ее бросил жених; тогда больная впервые заболела.

1. Mitarski J. Pasja zbierania // Dziennik Zachodni; 1966. N 259. 60

Во время третьей фазы случаются вегетативные нарушения, аналогичные тем, что бывают при кататонической форме, а иногда малозаметные неврологические изменения, как, например, слабая реакция зрачков на свет и замедленная конвергенция, незначительное искажение округлости зрачков, неравномерность глубоких или кожных рефлексов и т. п. Неизвестно, являются ли незначительные и малозаметные неврологические изменения следствием повреждения ЦНС, вызванного интенсивным и часто многократно повторяемым соматическим лечением (электрошоки, инсулиновая кома, большие дозы нейролептиков), или же самим патологическим процессом. В этом последнем случае можно предполагать, что дезинтеграция деятельности ЦНС, которая в начале заболевания затрагивает исключительно центральную часть рефлекторной дуги, в конечной фазе достигает также и ее афферентных и эфферентных звеньев.

Прогноз в третьей фазе шизофрении нельзя назвать оптимистичным. При соответствующим образом организованной трудотерапии, которая мобилизует интересы больного, удается достичь, по крайней мере, частичной реабилитации, т. е. больной может работать и зарабатывать на свое существование, а при меньшей степени деградации даже вести самостоятельную жизнь. Следует добавить, что такие больные обычно бывают очень самоотверженными и добросовестными работниками и нередко в плане производительности труда превосходят психически здоровых людей. В работе они концентрируют все свои жизненные интересы: она становится их единственным связующим звеном с внешним миром. Тенденция к стереотипности поведения, характерная для этой фазы шизофрении, становится полезным явлением с точки зрения эффективности работы, особенно монотонной. Окружение трактует таких больных как добросовестных чудачков.

Случается, правда нечасто, что больной высвобождается от шизофренической деградации, возвращается к нормальной жизни, иногда ненадолго, иногда - уже устойчиво. Обычно высвобождающим моментом бывает сильная эмоциональная встряска. Случаи спонтанной ремиссии наблюдали во время второй мировой войны. Такие больные в военных условиях, в опасных ситуациях вели себя не только нормально, но нередко даже действовали сообразительно и мужественно.

Серый и печальный образ третьей фазы шизофрении, быть может, не вполне соответствует истине. Впечатление серости неоднократно вытекает из неумения увидеть индивидуальные черты, которые расцветивают образ. Пейзаж, яркий и красочный вблизи, кажется серым у горизонта. Люди, на которых смотрят издали, становятся серой массой. Разрушение индивидуальной дифференциации, ведущее к обеднению форм поведения, характерного для третьей фазы шизофрении, может развиваться также и по вине наблюдателя, если он смотрит на данное явление с чересчур большой дистанции.

Так называемый шизофренический <дефект>. Под шизофреническим дефектом понимается устойчивое изменение личности вследствие

перенесенной болезни. Это изменение может быть малозаметным: эмоциональная холодность, снижение инициативы, отсутствие энергии, радости жизни, недоверчивость, раздражительность и т. п. Изменение может быть более выраженным: бред мессианства, преследования, изобретательства; сутяжничество, ипохондрия, манерность, чудачества, эмоционально-чувственное отупение, изоляция от людей и т.п. Не зная истории жизни больного, можно устойчивое изменение личности трактовать как психопатическую черту, а не как постшизофренический <дефект>.

Само название <дефект> нельзя считать удачным, поскольку оно внушает представление о какой-то потере или недостатке в техническом смысле слов, ведущем к меньшей эффективности или бесполезности машины, в данном случае - человека. Е. Бжезицкий¹ первый обратил внимание на то обстоятельство, что шизофренический <дефект> может иметь социально позитивный характер. Прежний *bon viveur* превращается в общественного деятеля (например, Брат Альберт), высвобождается либо обогащается художественное творчество (например, в случае упоминавшегося уже Монселя, у Ж. де Нерваля, у Стриндберга). Подобных примеров можно найти немало как среди выдающихся, так и обычных людей. Так называемый дефект в таких случаях выражается в посвящении себя целиком и без остатка какой-либо идее: социальной, научной, художественной деятельности.

1. Brieuicki E. Uber schizophrenien diezu einern soziabn Aufstieg fuhren. I Mitteilung: Positive Wandlung der ganzen Personlichkeit. II Mitteilung: Positive Wandlung der ethischen Haltung // *Confinia Psychiatrica*. 1962. Т. 5, N 2/3. P. 177-187; N 4. P. 233-242.

Того же автора: *Schizophrenia paradoxalissoci-aliter fausta* // *Folia Medica Cracoviensia*. 1961. Т. 3.2.2. P. 267-288.

Всегда ли шизофрения оставляет после себя устойчивый след? Мнения психиатров по этому вопросу расходятся. Если в качестве критерия отсутствия дефекта принять устранение явных болезненных симптомов и способность выполнения прежней социальной роли (так называемая полная ремиссия), то следует утверждать, что во многих случаях шизофрения не оставляет после себя устойчивого следа. Следует отметить, что количественные данные относительно полной ремиссии колеблются в зависимости от диагностических критериев и применяемых методов лечения в пределах от 30 до 50% больных. Если же дефектом считать даже самое незначительное устойчивое изменение личности, то процент полной ремиссии падает до нуля.

Незначительный <дефект>, ' нередко остающийся незамеченным при рутинном психиатрическом обследовании, проявляется чаще всего в трех сферах: в жизненной динамике, в отношении к людям и в способности затормаживать свои реакции или в маскировке. Жизненная динамика понижается. Возникает впечатление, что в больном что-то <сломалось>, <угасло>, что они живут только из чувства обязанности, что обычные человеческие радости их в действительности уже не интересуют, а их смех часто бывает искусственным. Хотя обычно они стыдятся перенесенного заболевания и стараются забыть о нем, однако оно остается сильнейшим переживанием в их жизни и основной точкой отсчета, сравнительно с которой все иные переживания кажутся бледными. В результате этого они проявляют иногда толерантность в отношении тяжелых жизненных ситуаций, например,

бывшие шизофреники в общем легче переносили ужасы последней войны и концентрационных лагерей по сравнению с людьми, не имевшими шизофренического прошлого.

Когда снижение жизненной динамики выражено сильнее, мы имеем дело с устойчивым апатоабулическим синдромом. Больные жалуются на то, что <в них что-то умерло>, что они <не чувствуют в себе жизни>, а лишь <пустоту в себе и вокруг себя>, <все им стало безразлично>, <не могут ни любить, ни ненавидеть>; они стали апатичными, безынициативными, неспособными принимать решения (абулия).

Отношение к людям изменяется в сторону изоляции, недоверия, подозрительности. Стирается нормальная перспектива социальной среды, благодаря которой одни люди нам ближе, другие же более отдалены и более безразличны. У бывшего больного лицо стало маскообразным. Извращается сложная гамма эмоционально-чувственных отношений. Близкие жалуются на увеличение дистанции, холодность и равнодушие, в то время как чужие поражаются отсутствием дистанции, неожиданной сердечностью или доброжелательностью.

Аналогичное нарушение перспективы наблюдается в отношении к различным человеческим ценностям. Изменяется их иерархия. Бывший больной может переживать по поводу каких-либо пустяковых или отдаленных вещей и равнодушно проходить мимо того, что близко и важно для него. Например, он расстраивается по поводу судьбы будущих поколений или людей, живущих на другом краю земли, оставаясь равнодушным к трагедии близких или собственным жизненным обстоятельствам. Одной из характерных черт шизофренического процесса является разрушение доболезненной структуры эмоционально-чувственных связей с окружением. Эта структура восстанавливается редко. Следствием такого разрушения становится увеличение дистанции (<мне ни до чего нет дела>) и уменьшение дифференцированности (<все и всё одинаково важны>).

Третий сектор постшизофренического <дефекта> связан с повышением раздражительности, импульсивности и изменчивости настроения. Больной по пустяковым поводам впадает в гнев или угнетенное настроение, реагирует несоразмерной ненавистью и враждебностью. Преобладают негативные реакции, поскольку контакт с окружающим миром неприятен. Реже встречаются несоразмерные эмоциональные реакции с противоположным, положительным знаком - вспышки немотивированной радости, сердечности, любви. Несоразмерность эмоционально-чувственных реакций иногда напоминает интеграционную эмоциональную лабильность и неврастеническую раздражительность. Этот недостаток самообладания или также способности маскировать свои эмоциональные состояния можно объяснить ослаблением процессов торможения в центральной нервной системе. Эти процессы, как известно, нарушаются легче, нежели процессы возбуждения. Они, как представляется, имеют большое значение для сохранения равновесия в работе нервной системы; благодаря им исключается то, что излишне, что нарушает ее актуальную активность. С психологической точки зрения следовало бы ответить на вопрос, в какой степени способность самообладания способствует консолидации структуры личности, в какой степени маска, которая прикрывает ассимиляцию чувств и настроений, предохраняет от нарушения психического равновесия, сама становясь в конечном счете существенным компонентом этой структуры.

Стоит вспомнить, что аналогичный тип изменений личности - депрессивный,

параноидный, импульсный - наблюдались у бывших узников концентрационных лагерей,' у которых основной точкой отсчета был гитлеровский <лагерь>. И для бывших шизофреников точкой отсчета всегда остается период болезни. Это подобие, по-видимому, не является случайным. Как пребывание в концентрационном лагере, так и шизофрения вызывают переживания, превышающие границу человеческой толерантности, и потому след, который они после себя оставляют, оказывается в том и другом случае одинаковым.

-
- 1 Lesniak R. Pooborowe rwiany osobowosci bytych wiezniow obozu Koncentracyjnego Oswiecim - Brzezinka // Przegląd Lekarski. 1965. N. 1. P. 13- 20.
- Orwid M. Sociopsychiatryczne następstwa pobytu w obozie Koncentracyjnym Oswiecim-Brzezinka. Там же. 1964. N 1. P. 17-23.
-Szymusik A. Astenia poobozowa i bytych wiezniow obozy Koncentracyjnego w Oswiecim-Brzezinka. Там же. 1964. N 1. P. 23-23.
- Teutsch A. Realcje psychiczne wczasci clizia-tania psychofizycznego stresu u 100 bytych wiezniow w obozie Koncentracyjnem Oswiencim-Brzezinka. Там же. 1964. N 1. P. 12-
-

НЕКОТОРЫЕ ФОРМЫ ЭКСПРЕССИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Словесная экспрессия.' Экспрессия человека может проявляться в мимике и жестикуляции, в речи и письме, а в художественной сфере - в сценической, музыкальной, литературной и пластической формах. Два первых способа выражения и передачи мысли и чувств, которые некоторыми лингвистами определяются как <метаязык> обсуждались в предыдущих разделах.

Музыка, видимо, потому, что она является наиболее абстрактной формой выражения, до настоящего времени не была подвергнута психопатологическому анализу.

Экспрессия больного шизофренией может казаться странной, непонятной и необычной, но она вызывает веру в свою подлинность, в то время как, например, искусственная театральная игра при истерии производит впечатление неподлинности, вторичности, <выдуманности>. Таким образом, к понятию <prasoхgefiłhie> можно бы добавить показатель ощущаемой аутентичности <шизофренической атмосферы>, о которой пишет К. Ясперс. Другим дифференцирующим признаком является то, что в случае истерической реакции больной может в зависимости от ситуации <менять роль>, а больной шизофренией <жестко ограничен> в своих возможностях. Эта жесткость экспрессии становится особенно явной при хронических формах данного психоза. В острых состояниях кататонии или бредового озарения чувствуется, однако, что и они являются чем-то подлинным и неизбежным, даже если подобное состояние выражается в чисто театральной форме, как это было со знаменитым танцором и хореографом В. Нижинским, блестящая артистическая карьера которого с началом первой мировой войны была прервана шизофренией.

Его жена Р. Нижинская в своих воспоминаниях рассказывает, что за несколько дней до появления симптомов психоза Нижинский стал преувеличенно религиозным. В это время он решил организовать спектакль для близких друзей, в котором собирался выступить как единственный танцор.

-
- 1 Подраздел написан психиатром и лингвистом, врачом Я. Митарским и магистром Я. Масловским.
2 Jaspers K. Strindberg und Van Gogh. Leipzig. 1922. P. 172.
-

В назначенное время все собрались и ждали выступления, которое запаздывало. Когда жена спросила артиста, что он собирается танцевать, в ответ услышала гневный крик, чего никогда ни случалось раньше: <Молчать! Скажу, когда настанет время. Это мое обручение с Богом>. Через минуту он поднялся на сцену и обратился к присутствующим со словами: <Я покажу вам, как мы, артисты, живем, страдаем и творим>. Сидя верхом на поставленном спинкой вперед стуле и опираясь руками о барьер, он всматривался в собравшихся.

Нижинская рассказывает дальше: <Все молчали как в церкви. Шло время. Так прошло около получаса. Публика вела себя так, как будто была загипнотизирована им... Акомпаниатор заиграла первые такты <Сильфиды>, надеясь обратить внимание Вацлава на этот танец... Желая смягчить напряжение я прошла к нему и попросила его начать танцевать. "Как ты смеешь мешать мне, я не машина!"> Когда жена вышла, чтобы посоветоваться с врачом, так как заметила, что происходит что-то неладное, Нижинский начал танцевать - великолепно, но поразительно жутко. Он бросил на пол несколько полотнищ черного и белого бархата в форме большого креста а сам встал около верхней точки фигуры с распростертыми руками в виде живого креста. <Сейчас я станцую вам войну с ее уничтожениями, страданиями и смертью. Войну, которую вы не предотвратили, и потому за нее несете ответственность>. Танец Нижинского был таким же великолепным и чарующим, как и всегда, но в нем было что-то новое. Временами он напоминал сцену с Петрушкой, в которой кукла пытается убежать от своей судьбы. Казалось, что охваченный ужасом зал заполнен страданиями человечества. Он как будто ввел нас в транс. Все его жесты были драматичны, монументальны; казалось, что он плывет над нами. Мы все сидели охваченные ужасом, затаив дыхание, странным образом зачарованные, словно окаменевшие. Мы чувствовали, что Вацлав напоминает одно из каких-то могучих существ, захваченных неведомой силой, как тигр, который выскочил из джунглей и может в любую минуту нас уничтожить. А он продолжал танцевать, кружась в пространстве, завораживая зрителей своим видением войны и уничтожения мира, ставя их лицом к лицу со страданиями и ужасом, борясь всеми мышцами, молниеносной быстротой движений, проворством эфирного существа, чтобы спастись от неизбежного конца. Это был танец за жизнь против смерти>.'

Этот танец был началом острой шизофрении у Нижинского; это было его последнее выступление.

Драматичное молчание Нижинского, предварившее описанный танец, являлось как бы промежуточной между речью и <метаязыком> формой экспрессии. Молчание, правда, не является речью, но среди всех внесловесных средств выражения у человека оно генетически наиболее близко к ней. Молчание - это не только отсутствие речи; оно может даже заменять ее. Обычно оно бывает не пустым, но что-то означающим, заполненным определенным содержанием. Молчание выполняет в театре и музыке определенную роль. Оно может выражать самые разнообразные эмоциональные состояния. Молчание может быть <красноречивым>, угрожающим, равнодушным; может выражать негативные чувства (печали, неприязни, обиды, ненависти), либо возвышенные, восхищения, экстаза.

Речь больного шизофренией является внешним проявлением бредового, странного мышления. Существуют разные формы шизофренической речи. Бывают больные, речь которых грамматически не является нарушенной, но отличается от речи психически здорового человека лишь содержанием высказываний, выражающих параноидный, либо магический способ мышления. При этом наблюдается склонность придавать словам и понятиям особое, символическое значение, часто отличающееся от общепринятого. Литературным примером такого языка является творчество Стриндберга, особенно его автобиографические произведения: <Сын служанки>, <Развитие одной души>, <Исповедь безумца>, <Раздвоенный>, <Ад>, <Легенды>, <Одинокий>. Прежде всего, в <Аду>, представляющем как бы дневник развития психоза, дается необычайно богатое описание собственных психотических переживаний. Но даже в этом произведении форма и стиль соответствуют общепринятым правилам языка. Хотя в других своих произведениях Стриндберг не сторонится мира магии, здесь же обнаруживается особенный оттенок аутентичности.

1 Nijinska R. Nijinsky. London; V. Jolland Ltd, 1993. P. 406-^09. 68

Этот симптом <расслабления напряжения интенциональной дуги> (Spannung der intenv-onellen Bogen), названный так Берингером(1), нередко можно встретить в письменных высказываниях, особенно в дневниках и письмах, значительно раньше, нежели удастся заметить его в устной речи. Он состоит в том, что больной утрачивает контроль над своим воображением, утрачивает способность логического мышления в пользу паралогической интеллектуально-чувственной мотивации, в то время как в разговоре он как бы принуждается собеседником приспосабливаться к общепринятым требованиям рассуждения и речи. Аналогичным образом мы утрачиваем контроль в состояниях полусна, сновидениях и внутренних монологах.

В психозе прежние формы экспрессии нередко оказываются недостаточными. Больной испытывает дефицит слов и понятий при попытках выразить необычные переживания и мысли. Он ищет определения в мире магии, в мистических сочинениях, конденсирует термины, придает им символическое значение, отличающееся от обычного. Иногда он создает целые модели идеального общества, воображаемой религии или космогонии, которые О. Арнольд в отличие от философских концепций назвал philosophemata(2). Этот поиск иных форм экспрессии напоминает творческие поиски художника.

Э. Сведенборг, шведский ученый и мистик, живший в XVIII веке, под влиянием своих психотических переживаний испытал глубокий религиозный кризис(1).

1 По: Wursch J. Yesellschaft, Kultur und psychische Stoningen. Stuttgart; J. Thieme Verlag, 1960. P. 35.

2 Arnoldi O. H. Uber schopferische Leistungen im Beginn schizophrener Psychosen I Wiener Zeitschrift fur Nervenul - Klinik und deren Yrenzgebiete. 1953.

3 Jaspers K. O. C.

На основе <откровений>, передаваемых ему <духами и ангелами с других планет>, он создал фантастическую картину вселенной, построенную в форме <Великого человека> (Homo maximus), нарисованную с параноидной гипермнестической скрупулезностью и педантизмом ученого в таких произведениях, как: <О землях в нашей солнечной вселенной, которые

называются планетами, и о землях в астральном мире, о их жителях, их духах и их ангелах в соответствии с тем, что услышано и увидено>, <О новом Иерусалиме и его небесной науке в соответствии с тем, что услышано с неба>, <Чудеса неба и рая>(1).

Когда один из знакомых Сведенборга удивился, что в его рукописях отсутствуют исправления, автор объяснил: <Я пишу начисто, так как я - лишь секретарь и пишу то, что мне диктует мой дух>(2). Это его <автоматическое письмо> отличается формой и стилем в зависимости от того, какой <дух и с какой планеты ему диктовал>(2) Сведенборг обсуждает среди прочего проблему <речи ангелов и духов> других планет и объясняет, что <жители мира духов объясняются с помощью внутреннего универсального языка, благодаря которому они способны сообщать друг другу не поверхностные вещи, которые единственно лишь может выражать наш, земной язык, но их идеи и даже заключать в одном понятии целые комплексы идей>." В небесном алфавите каждый письменный знак имеет необычайно сгущенное значение, охватывает огромный объем содержания и понятий, которые в совершенстве выражают смысл вещей>(3). Эти формулировки точно определяют переживания молниеносного <познания истины> при шизофреническом озарении либо родственные ему <космические впечатления> при экспериментальных психозах, вызванных препаратом ЛСД-25(4). Для Сведенборга каждый гласный и согласный звук имеет символическое значение, и потому он создает также своеобразную теорию нашего <земного языка>, которая должна обладать определенной эстетической ценностью, ибо на нее ссылается швейцарский лингвист Морье.

1 Swedenborg E. Des Ferres dans notre monde solaire. que sont appeles planetes, el des Ferres dans ie Ciel Astral, de leurs habitants, de leure esprits, et de leurs anges. d'apres ce qui a ete entendu et vu. Paris', Saint-Amant 1851. - Swedenborg E. Von dem Neuen Jerusalem und himmiischen Lehre nach gehorten aus dem Himmel. Frankfurt a. M.: Verlag v. J. Y. Mittnacht. 1884. - Sweden-borg E. Les Merveilles du Ciel et de l'enfer. Berlin, 1858.

2 Ben E. Emanuel Swedenborg: Naturforscher und Scher. Munchen; H. Rinn Verlag, 1948. P. 359.

3 Toksvig S. Emanuel Swedenborg; Scientist and Mysrik. New Haven; Ya ie University Press, 1948. P. 211-216. " Ben E.O. C. P. 344. ' Там же. C. 364.

4. Собственные эксперименты, проведенные в 1965 г. в психиатрической клинике в Кракове.

Этот автор предпринял попытку классификации литературных стилей на основании типов творческого воображения; эта классификация с определенными модификациями может быть полезной при анализе шизофренического языка. По Морье стиль является <способом, диспозицией существования> и, следовательно, в соответствии с психиатрической терминологией он выражал бы определенные черты характера. Стиль Сведенборга, по Морье, является репрезентантом <ангельского стиля> (<le style angelique>), который характеризуется <оргастическим богатством и дионисийской раскованностью как выражением психической реальности мистических состояний, с которыми теоретик стиля должен считаться>(1).

В терминах эстетики Морье стиль Стриндберга был бы паранойальным стилем (<le style paranoiaque>), описанным выше. Морье видит в этом стиле патологическое заострение индивидуального символического понимания

понятий; он называет это явление <объективизацией символов>. Например, под понятием огня больной может понимать прежде всего ад.

В языке существуют, по Б. Расселу, два семантических вида понятий: общее значение и значение личное (<public and private data>)(2). Второе может отдаляться от общего понимания под влиянием личного воображения. Крайние примеры изменения значений мы находим в психопатологии только в случаях шизофазий, проявляющихся в виде диссоциаций.

Шизофазию можно рассматривать как патологический коррелят того, что Морье в своей классификации называет <l'esthetique (le style) pseudoclementielle>. Это определение вытекает из особенностей французской психиатрической терминологии. Слова <demence> во французском языке означает не только отупение, но также и помешательство (сумасшествие, психическое заболевание); этот стиль, следовательно, можно было бы по-польски назвать мнимо безумным стилем, а проще всего - шизофатическим стилем.

1 Morier H. La psychologie des styles. Jeneve, 1959. P. 144-145.

2 Kepinski A., Wind B. Psychotherapy in Poland // Progress in Psychotherapy. 1960. T. V. P. 207-211.

При таком стиле, согласно Морье, грамматика оказывается разбитой, дело доходит до разрушения предложения, появляются неологизмы, а на письме часто исчезают знаки препинания, которые являются <семафорами логики>(1). К этому стилю автор относит поэзию сюрреалистов, <автоматическое письмо> (<l'ecriture automatique>) и по этому случаю цитирует интересный пример: поэма П. Элюара и А. Бретона <Непорочное зачатие>, в которой они пытаются сознательно имитировать <лингвистическое помешательство психически больных и их аутистические мысли>. Можно провести аналогию между стилем таких произведений, как стихи М. Бялошевского, и шизофазией.

Иногда даже опытный психиатр может сомневаться, находятся ли еще некоторые стилистические <соскальзывания>, - вставляемые ненароком слова, не имеющие связи с основной мыслью, в границах языковой нормы, так как подобные явления случаются в состояниях утомления, рассеянного внимания и т. п. В польской обиходной психиатрической терминологии хорошо соответствует этому явлению слово <nedokojarzenie> (недостаточная связанность). Оно означает, что определяемая этим понятием речь, хотя и не вполне связная, но ее нельзя назвать и диссоциированной. В большинстве других языков соответствующее различие отсутствует. Немцы определяют это явление понятием <vorbeireden> (<говорение мимо>), но оно не определяет суть явления столь метко, как польское слово <niedokojarzenie>. Особенно часто этот стиль речи наблюдается в резонерском пустословии и бесплодном философствовании, встречаемых при некоторых поздних состояниях шизофрении.

Явление шизофазии качественно отличается от других нарушений речи, наблюдаемых в неврологии и психиатрии.

Надлежащее понимание характерных черт шизофазии требует ее дифференциации от остальных форм речевых нарушений, встречающихся при других психозах и психоорганических синдромах.

1 Morier H. La psychologie des styles. Jeneve, 1959. P. 144-145. "Spoerri T. Sprachphanomene und Psychose. Basel: S. Karger, 1964.
- Chiopicki W., Olbrycht J. Wypowiedzi na pismiejako objawy zaburzen psychicznych. Warszawa; PZWL, 1955.

Различия между теми и другими лучше всего можно проиллюстрировать с помощью фрагментов магнитофонных записей, сделанных в психиатрической клинике в Кракове.

Приведем сначала пример нешизофатических речевых нарушений. Феноменологически и лингвистически наиболее близкой к диссоциации, будучи в то же время совершенно отличным от нее нарушением, является инкогерентность, наблюдаемая в состояниях спутанности (амения), когда высказывания больных совершенно неупорядочены. В случаях инкогерентности трудно уловить логические и грамматические связи даже между отдельными словами. Направление мысли поминутно обрывается, а от больного иногда лишь с трудом удастся получить вразумительный ответ на задаваемые вопросы. Больная, находившаяся в состоянии спутанности, на вопрос: <Где пани сегодня была?> отвечала: <Имела, а не была... Спрашивали меня, чтобы пошла и сегодня к опыте оптре птрыфи, а мне тоже там. Разве доктор ... Но нет, нам... Как же с ним ... Это было неинтересно с теми. Какое-то молоко, молочко и яблоки, кажется, что-то, какое-то, яблоки, яблоки, вместе соединенные, ну а больше всего боюсь то...>.

Примером иного вида речевых нарушений, а именно моторно-амнестической афазии, будет высказывание больного, получившего травму черепа: <...ну, это тот, блокнот, да, это я достаточно, ничего мне мне не не к, там есть, что-то, очаровательная, луна, луна, позиция, в дневниках, резко, и, вижу, только не...>.

Само сопоставление этих фрагментов с примерами, приводимыми ниже, свидетельствует о структурном отличии и диссоциации речи при шизофрении, возникающей чаще всего при нарушенном сознании и без видимых органических причин. Как пишет Е. Блейлер, создатель понятия шизофрении, при шизофазии <пропадает связь между поколениями. Развиваемые нашей мыслью нити болезнь прерывает совершенно хаотическим образом. Результат подобного мышления бывает необычным и часто логически неправильным... Это выглядит так, как если бы в горшок бросили и перемешали понятия определенной категории, а затем стали в случайном порядке вынимать их и соединять с помощью грамматических форм и некоторых вспомогательных представлений>.' В крайних случаях дело доходит до так называемого <словесного салата> (<wortsalad>), описанного Э. Крепелиным.

Приведем примеры диссоциации. Больной, у которого во время обострения шизофрении были слуховые и зрительные галлюцинации, говорил спонтанно: <Через окно видел знак южного креста, т. е. символический знак прежде всего народа Австралии, который боролся за свою свободу по образцу Соединенных Штатов, в то время когда в этой стране господствовали английские колонисты. На этом поле боя то были двусторонние в минуту, когда я проходил этот транс, слово транс скорее с индийского, скорее частичного усыпления, а точнее пробуждения как если бы... Я проходил через улицы города теми дорогами, где мне встречались несчастья, где я скорее встречался с рядом трудностей, с рядом противоречий и начал идти этими дорогами и везде начал наступать на некоторые вещи, которые передали мне

рефлексы и одновременно великие размышления>.

Высказывания больных этой категории часто бывают долгими, а если бы попытаться изложить их содержание, то было бы невозможно дойти до сути вещей, понятной для слушателя. Обычно в таких высказываниях неявно содержится символическое мышление, связанное иногда с родом языковой магии; возникают странные ассоциации, больной создает причудливые неологизмы (и даже целые оригинальные словари и своеобразные языки⁽¹⁾). Бывает и так, что при странном и в целом непонятном содержании сохраняется в общем правильная фонетика, грамматика и даже синтаксис и словотворчество адекватны, хотя и полны иногда необычных словосочетаний. Языковые ошибки чаще всего не отличаются от подобных языковых изъянов и у здоровых людей. Те же самые больные могут временами говорить вполне нормально, а иногда - диссоциированно. В ходе одного длительного высказывания пульсируют, либо нарастают диссоциированные фрагменты. Это явно выражено, на пример, в следующей иронической жалобе больного с диагнозом бредовой шизофрении.

1 Цит. по: Spelt K., Mitarski J. Zarys psychiatrii dla studentow medycyny. Wyd. II uzupełnione. Krakow, 1968. P. 29-30.

2 Stuchlik J. Notes on the psychology of origin and formation of neomorphisms of language // Confinia Psychiatrica. 1964. N 7. P. 216-233.

<Я действительно крайне ослабевший благодаря безответственным махинациям семей и редактора Х, который нахальным образом считал уместным вмешиваться в мою жизнь и личные взгляды. Врачи, которые все это одобряли, - это одна клика, послушная приказам тех, кто из Нафты, нефтовцев, нафцяжей, нафциков, нафцюков. Это они хотят меня заканистрировать, кастрировать, да, я - психический кастрат, не верю ни в какие лекарства врачей, не доверяю людям, потому что это помачане, помахтане, вэрмахтане, Вэрмахт. Я это знаю, ты не имеешь понятия об этом. Я знаю эти скелеты рыб, это подговаривание в пивнушках, потому что это все пивнушка, говорят может селедка, может компотик, может без компотика, может чай, может бата. Знаю это хорошо, о чем тут говорить>.

Склонность к игре слов и высмеиванию воображаемых врагов реализуется в этом высказывании посредством нагромождения похожих по звучанию слов, включая неологизмы, исходным моментом которых является название учреждения (Нафта) и которые больной искусно довел до совершенно иных, негативных понятий (Вэрмахт). С языковой точки зрения мы видим здесь сохранную правильность грамматики, модификации суффиксов, выражающих эмоциональные оттенки (нафцик, нафцюк), плавное изменение корня слова и необычайные ассоциации - нафта - (изобретательно: канистэр) - заканистрировать - закастрировать - кастрат.

Напрашивается предположение, что подобная игра с искусными словотворческими конструкциями, своеобразная ирония и абсурдный юмор, встречаемые у некоторых больных, позволяют выделить в рамках шизофренического стиля <гебефренический стиль>. Этот последний напоминает игру словами в прозе Ф. Рабле, английские бессмертные <nursery rhymes>, особенности детской речи, такие, как например, считалки, содержание которых непонятно, но которые скрепляются ритмом и рифмами: Энэ, диэ, рика, факе Торба, барба, осмэ, смаке Дэис, дэус, космакэус И мореле бакф!

Магический смысл подобных считалок легче понять, если сравнивать их со средневековым заклинанием, с помощью которого можно было <отдать душу дьяволу>: Палас азон озиномас Баскэ бано тидон донас Гэхэамэль кла орлай Бэрэк хэ пантачас тай(1).

А вот еще заклинание, которым пользовался один из наших больных, отгоняя мучивших его дьяволов. На потрылу! На фуку! На выбратнэ!

К разряду <гебефренического> творчества можно отнести также, помимо прочего, многие польские совиздрзальские произведения(2). Разумеется, не каждый писатель который пользуется диссоциированным стилем, является психически больным (например, сюрреалисты и дадаисты). Однако известно, что Жерар де Нерваль, которого сюрреалисты считают своим предтечей, почти в течение всего периода своего творчества страдал психозом с симптомами расщепления личности и творил - по его собственным словам - единственно лишь в то время, когда оказывался в состоянии своего <alter ego>, которому он приписывал неземные, магические особенности. В новеллах <Сильвия> и <Аврелия> он описывает известные ему по собственным переживаниям снопоподобные галлюцинаторно-бредовые состояния, а его <герметические> стихи насыщены таинственностью и нередко трудны для понимания.

Поэтические произведения Ф. Гёльдерлина, которые он создавал, будучи больным шизофренией, были непонятны для его современников. Его ценили только за его предпсихотическое творчество. В настоящее же время именно благодаря произведениям, написанным во время болезни, наступил ренессанс его творчества(3).

1 Jivry 1. D. La Musee des Sorciers et alchimistes. Paris; Librairie de France. 1929. P. 104.

2 Jneszcwk S. Antologia literatury sowizdrzalskiej XVI-XVIII w. Ossoli-neum. Wroclaw, 1964. P. XLVII-XVIII i 512- 537.

3 Jaspers K. O.C.1. Laplanche: Holderlin et la question du pere. Paris; Presse Universitaire de France, 1961.

Среди многих художников стоит еще вспомнить о поэте, писателе, театроведе и актере А. Арто(1). Его творчество также насыщено странным мистицизмом, склонностью к символическому ассоцированию и тоже может служить примером творческой экспрессии в шизофрении.

Проницательным наблюдателем был Шекспир, имитировавший диссоциированную речь в своих произведениях. Например, речь таких персонажей как Эдгар и Шут в <Короле Лире> или Офелии в <Гамлете>. Более того, Шекспир отдавал себе отчет в своеобразии диссоциированной речи, ибо он вложил в уста Тезея метафорическое определение выделенной столетия спустя шизофазии; так, Тезей говорит о Пигве: <Речь его похожа на спутанную цепь: все звенья целы, но в беспорядке>(2)

Язык Джойса, который в значительной степени повлиял на эволюцию современной прозы, труден, полон странной символики, галлюцинаторных сцен, отдаленных ассоциаций и развитием мысли напоминает динамику образов сновидений. В нем часто встречаются неологизмы, выражения,

сплавленные из семантически далеких друг от друга понятий, либо из слов, взятых из разных языков. Особенно <герметичным> и непереводаемым является его последнее великое произведение <Поминки по Финнегану>. Странный язык и течение мысли в произведениях Джойса напоминают шизофреническую диссоциацию. Художник в своих письмах вспоминает о психической болезни своей дочери. Из описания можно предполагать, что она была больна шизофренией. Джойс пишет, что она говорит странным, непонятным для окружающих языком, но он сам ее хорошо понимает. Разве не напрашивается предположение, что психотический мир переживаний дочери был для писателя одним из инспирирующих источников его творчества?

1 AnuculA. Teati i jego sobowtor. Wydawn. Warszawa, Artystyczne i Rl-rnowe, 1966.

2 Шекспир В. <Сон в летнюю ночь>. Акт 5, сц. 1

Э. Кречмер, анализируя шизофреническое мышление, делает вывод, что при шизофрении выходят на передний план <гипнотические слои>, являющиеся коррелятами мышления примитивного человека, например способ мышления, характеризующийся <волшебной аналогией> (<analogiezauber>)(1). Ввиду образного характера и фантастичности монологов больных шизофренией Биликевич сравнивает их ассоциации со сновидениями наяву либо в состоянии полусна(2). Ариэтти и Шпигел(3) даже утверждают о регрессии <палеологического> типа мышления диссоциированных больных к более филогенетически и онтогенетически раннему уровню. Речь больного шизофренией является отражением элементов его мышления. Диссоциированные больные травестируют усвоенный в ходе развития языковой материал. Исследования в этой области постоянно вращаются вокруг формально-содержательной структуры(4) как в случае словесной, так и пластической экспрессии этих больных. Чаще всего исследуемым типом деформации в диссоциированных текстах являются словесные неоморфизмы (например, выделенные И. Стукликом такие виды неологизмов, как криптологизмы или неоглоссии).

Диссоциация - явление в высшей степени индивидуальное. Часто мы имеем дело с единичным кодом больного и с утратой социальной цели речи. Отсутствие коммуникативности затрудняет словесное взаимопонимание с пациентом. Такой больной на многие вопросы реагирует высказываниями, касающимися совершенно иной, далекой тематики, в то время как афатик, по крайней мере, пытается отвечать осмысленно, но ему в этом препятствуют аномалии речевого центра.

Язык и мышление при шизофрении, таким образом, оказываются дезинтегрированными. Нарушение общения изолирует больного от окружения. Некоторые авторы, как например М. Лоренц, считают, что диссоциированная речь служит этим больным не для общения с людьми, но именно для изолирования от окружения.

Быть может, диссоциированных больных можно было бы лучше понимать, если бы существовал научный метод характеристики их личного языка.

1 Kretschmer E. Psychologia lekarska // PZWL. Warszawa. 1958. P. 144.

2 Bilikiewicz T. Psychialria kliniczna // PZWL. Warszawa. 1960. P. 91- 92.

3 Spiegel R. Specific problems of communication in psychiatric conditions // American handbook of psychiatry. Basic Books, New York. 1959. T. 1. P. 930- 937.

4 Lorenz M. Expressive form in schizophrenic language // Archives of Neurology and Psychiatry. 1957. T 78. P. 643-652.

- Flegel H. Schizophrenie in linguistischer Deutung. Berlin; Heidelberg; New York,- Springer-Verlag, 1965.

Идеальным решением было бы составление личного словаря, т. е. словаря слов и выражений, используемых определенным больным шизофренией. Как пишет З. Клеменевич, <сравнение с общим словарем польского языка дало бы определенные основы для выявления количественных и качественных особенностей личного языка. Но на практике это неосуществимо>(1).

Как представляется, дальнейшие исследования шизофрении должны, помимо прочего, опираться на пограничные с психиатрией дисциплины, такие как история и теория языка, история культуры, этнология и т. п. Ибо существуют определенные аналогии, например, между диссоциированной речью и языковой магией так называемых примитивных обществ или некоторых средневековых текстов и формул, так же как и с сознательными литературными приемами, касающимися языковых структур, морфологически подобных шизофрении.

Изобразительное творчество при шизофрении(2). Э. Кречмер говорил, что, если мы хотим полностью познать внутреннюю жизнь при шизофрении, то нам следует изучать истории жизни не крестьян, но поэтов и королей, страдающих этой болезнью. Также и К. Ясперс(3) считает, что особенно ценными для феноменологического анализа являются исключительные случаи, и именно такие случаи он часто цитирует в своей <Психологии>. Действительно, картина шизофрении у лиц, наделенных выдающимся интеллектом, воображением и талантами, особенно художественными, бывает настолько богатой, что некоторые авторы называют ее в таких случаях фантастической шизофренией, а в обиходном языке краковской психиатрической клиники используется термин <художественная шизофрения>.

Подобно тому как здоровые художники благодаря своим талантам выражают переживания многих людей, которые сами не могут их творчески выразить, а их произведения находят живой отклик, так и художественно одаренные больные шизофренией создают некий синтез переживаний большой массы больных, которые сами не могут найти соответствующее выражение для своих необычайных переживаний.

1 Klemensiewicz Z. Jak charakteryzować język osobniczy? W kregu języka literackiego i artystycznego. Warszawa; PWN, 1961. P. 212.

2 Подраздел написал врач-психиатр Ян Митарский.

3 Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Wyd. 5. Berlin-Heidelberg, 1948.

Проблема связи между художественным талантом и психической болезнью остается по-прежнему актуальной и спорной. По причине немногочисленности научно подтвержденных описаний психических нарушений, наблюдавшихся у талантливых художников, исследователи часто

вынуждены опираться на исторические свидетельства и произведения писателей и художников, подвергавшихся психопатологическому анализу. Этим обусловлены большие расхождения во взглядах, произвольность интерпретаций и неточность выводов. Несмотря на это подобный исторический подход представляется необходимым, когда речь идет о творчестве психически больных, так как он выявляет значение психических заболеваний для истории человеческой культуры.

Психоз в современном обществе трактуется как зло. Однако так было не всегда, поскольку многие религиозные и философские учения усматривают в страдании позитивные силы, а психически больной человек в иных социальных кругах нередко играл активную социальную роль.

Психические нарушения - даже вопреки своему часто социально негативному аспекту - наложили свой отпечаток на обычаи, верования, мифы, религию и художественное творчество. Очарованность психозом, его абсурдный и сюрреалистический характер проявились в творчестве многих представителей искусства, как писателей, так и художников. Можно предполагать, что фантастический мир древних мифов и сказок, подобный нередко переживаниями психически больного, живущего в мире галлюцинаций и бреда, возник в определенной мере из наблюдений за болезнями и собственными переживаниями больных.

Мир человека - это в равной мере как мир точного знания, логики, обдуманных действий, так и творческой интуиции, тревоги, абсурда. Наука - инструмент первой, искусство - второй сферы нашей жизни.

Так же, как картина получает полноту благодаря свету и тени, контрастам и позитивным сторонам, так и полнота жизни человека и его познание возможны благодаря наиболее крайним впечатлениям, даже ценой страдания (pathos) как патологического выхода за границы того, что называют психическим здоровьем. Со строго медицинской точки зрения психическое заболевание - явление вредное; оно часто приводит к деградации и нарушению творческой деятельности, но в перспективе развития истории, психологии и культуры оно расширило границы человеческого познания.

На тему творчества больных шизофренией и так называемого психопатологического искусства существует столь обширная литература, что ее обзор и критическая оценка потребовали бы специальной монографии.

Поскольку существует мало польских публикаций на эти темы и отсутствует соответствующая, устоявшаяся терминология, необходимо обсудить основные понятия, касающиеся этого предмета.

Немецкие и английские психиатры, в общем, избегают пользоваться терминами <шизофреническое искусство>, либо <психопатологическое искусство>, которыми пользуются французские авторы, заменяя их более осторожными определениями <artistic self-expression>(1), либо <schizophrenische Bildnerei>(2)

Быть может, было бы правильнее использовать название <шизофреническая пластическая экспрессия> как наиболее общее понятие, которое включало бы как хаотические каракули и рисунки, не имеющие эстетической ценности, так и продукцию, обнаруживающую уже творческий замысел, и, наконец, произведения, обладающие выраженной художественной ценностью.

Другим, более узким понятием был бы термин <пластическое творчество>, определяющий и сужающий проблему, поскольку благодаря такой формулировке удастся избежать возражений со стороны теоретиков искусства, требующих, чтобы слово <искусство> отвечало определенным эстетическим канонам. Таким образом, предметом исследований в данной области были бы произведения с выраженной концепцией и конкретными содержанием и формой, причем как не имеющие большой ценности, так и работы, обладающие художественной ценностью.

1 PloKkerJ.K.O.C.

2 Pprirnhom H. Bildnerei der Geisteskranken. Berlin, 1922.

3 Rennert H. DieMelkmale schizophrener Bildnerei. Jena: Y. FischerVerlag, 1962.

И наконец, наиболее интересной проблемой была бы проблема творчества профессиональных художников и талантливых самоучек, больных шизофренией. Этот раздел психиатрии следует трактовать с особенной осторожностью и лучше здесь ограничиться психопатологическим анализом. Такой ошибки не избежал К. Ясперс, который, исходя из эстетических предпосылок, пытался усмотреть в произведениях Ван Гога последнего периода его творчества выраженные черты деградации, вызванные его болезнью(1). Эта проблема, следовательно, остается дискуссионной.

Рискованной также была бы попытка ставить диагноз исключительно на основе картин без хорошего знания биографии их автора, особенно если дело касается творчества профессиональных художников. Не должно удивлять подобие фантазий художников-визионеров, как например Босха или некоторых экспрессионистов и сюрреалистов, фантазиям больных шизофренией и неправомерно определять такие направления как <шизофреническое искусство>, как это делали не только некоторые критики, но и психиатры(2)

Эта родственность воображения служит еще одним доводом в пользу того положения, что не существует резкой границы между определенными секторами <нормальной> психики и <шизофренической>. Здесь будет уместным сослаться на высказывание К. Ясперса о том, что не следует трактовать мистические переживания при шизофрении как патологическое явление, поскольку подобные состояния являются естественным выражением трансцендентных потребностей человеческой природы(3)

Психиатры нередко в силу профессиональной привычки выискивают патологию в явлениях нормальной психологии. Примером этого может служить хотя бы не вполне удачное название книги З. Фрейда <Психопатология обыденной жизни>. Небезынтересным было бы поискать <нормальность> в психозе.

1 Jaspers K. Strindberg und Van Gogh. Leipzig, 1922.

2 Weygandt W. Zur Frage der pathologischen Kunst // Zeitschrift fur gesarnte Neurologie. 1925. N 94. P. 421.

3 Jaspers K. Allgemeine Psychopatologie, o. c.

В поисках таких подобий полезными оказались эксперименты с

галлюциногенами, такими, например, как ЛСД и мескалин(1). Достаточно большая группа художников экспериментировала с этими средствами под контролем психиатров. Многие из них утверждали, что воспоминания экстатических видений и переживаний, чувство измененности собственной психики и окружающего мира, усиление способности переживания дали им возможность преодоления пластических шаблонов, которым они ранее подчинялись, обогатили их творческое воображение и привели к изменению стиля в направлении визионерского искусства. Эти переживания напоминают шизофреническое озарение и явление смены стиля, встречаемые у некоторых художников, больных шизофренией.(2)

Шизофреническое озарение открыло А. Кубину мир психотических переживаний и определило направление его дальнейшей изобразительной и литературной деятельности. Возникает впечатление, что без собственных психотических переживаний он не мог бы создать столь странного, жуткого и гротескного видения, какое он нарисовал в своем произведении <Другая сторона>(3) В своей автобиографии Кубин дает описание необычного переживания типа озарения: <...Со мной случилось что-то особенно необычайное и решающее для моей психики, чего я и сегодня еще не в состоянии хорошо понять, хотя много думал об этом... Вдруг все окружающее представилось мне более ясно и четко, как бы в ином свете. На лицах окружающих меня людей я вдруг увидел что-то удивительно животнo-человеческое. Все звуки стали особенно странными, оторванными от своей причины. Звучала как бы издевательская, угрожающая общая речь, которую я не мог понять, но которая как будто таила в себе непонятное внутреннее значение. Мне стало грустно, хотя одновременно я чувствовал удивительное блаженство... И вдруг на меня нахлынули видения черно-белых образов; невозможно описать, какое богатство представилось моему воображению.

1 Houston R. J. L'art psychodelique. Paris.' Pont Royal, 1968.

2 Kubin A. Po mamtejstronie. Wanawa; PWN. 1968.

3 Kubin A. Mein Werit. Dämonen und Nachtgeister. Dresden; C. Reissner Verlag, 1931.

Я быстро вышел из театра, так как музыка и освещение мешали мне, и я бесцельно бродил по темным улицам, все еще захваченный, буквально влекомый темной силой, которая каким-то волшебством вызвала в моей душе удивительных животных, дома, пейзажи, гротескные и поразительные ситуации>(1).

Во время психоза у Энсора произошло изменение стиля, так же как и в творчестве Хилла и Джозефсона, как если бы болезнь высвободила у них оригинальный талант, закрепленный ранее канонами академического искусства(2).

Следует отличить <спонтанное> изобразительное творчество больных шизофренией от <направляемого>, т. е. такого, которое вызывается психотерапевтами в сотрудничестве с художниками в рамках так называемой арттерапии. Это направляемое творчество часто бывает вторичным; в нем можно обнаружить влияние терапевтов, а также и психоаналитических теорий. Вследствие этого оно утрачивает своеобразный <вневременной> характер. Эта вневременность, независимость от каких-либо условностей и норм, отчужденность от реальной действительности, но не полная

изолированность от нее, может быть идеальным примером оригинального творчества, наиболее естественного высвобождения таланта. Эти черты и отсутствие эволюции, которая свойственна нормальному искусству, сближают творчество больных шизофренией с произведениями <наивных> художников. Этих представителей отдельного направления так называемого <примитивного> искусства А. Яцковски метко назвал <Иными> в своем каталоге, посвященном польским <примитивистам>(3). Инаковость этих художников подобна <инаковости> больных шизофренией не только в их творчестве, но и в их историях жизни, в которых иногда можно усмотреть немало патопсихических черт, свидетельствующих о том, что некоторых из них следует отнести к числу лиц, страдающих психическим заболеванием с симптомом расщепления.

1 Kubin A. Mein Weric. Dämonen und Nachtgeister. Dresden: C. Reissner Verlag, 1931. P. 20-21.

2 Volmat R. L'ait psychopathologique. Paris; Presses Universitaires de France. 1956.

3 Jachowski A. Inni: Og Nilcifora do Ytowackiej, Oprac. Warszawa; Wyd, 1965.

Одной из них была знаменитая художница-самоучка, психически больная, но никогда не лечившаяся француженка, известная под псевдонимом Серафимы.

Художник, особенно любитель, в своем творчестве проявляет собственную личность, свои стремления, чувства и противоречия. Одновременно он осуществляет выбор, который является актом воли. Больной шизофренией посредством творчества пытается освободиться из плена враждебных сил, которые его захватили. Как суеверный человек во времена средневековья, он создает пластическое изображение своего врага, демона, с тем чтобы посредством этого изображения сделать его неподвижным, уничтожить или победить его. В ином случае захваченный чувством всеведения и всемогущества больной конструирует фантастические машины либо создает планы миров, которыми он владеет, либо в которых пребывает. В таком случае следует говорить о шизофренических <мирах>, а не о шизофреническом <мире>, поскольку в отличие от нашего, социально общепринятого мира, шизофренических <миров> существует столько же, сколько и шизофреников. А поскольку каждый такой <мир> является проекцией собственной личности, то чем богаче умственный кругозор, чем оригинальнее фантазия, тем более необычным и поэтическим становится этот мир. Психическая болезнь не создает таланта, но может его высвободить, увеличить творческие силы, наложить отпечаток неповторимой оригинальности.

Можно поставить вопрос, является ли пластический образ мира, создаваемый художником, страдающим шизофренией, патологическим образом его внутренних переживаний или же своеобразным объективным <психологическим образом>, или же своеобразным объективированным <психологическим портретом>. И не является ли творчество как спонтанный акт выражением позитивных, <здоровых> тенденций, желанием вырваться из одиночества аутистических переживаний и передать другим людям информацию о них.

В. Кюрбиц назвал способ восприятия и воспроизведения мира ребенком интеллектуальным реализмом(1).

1 Kurbittl W. Die Zeichnungen geisteskranken Personen in ihrer psychologischen

Он выражается в том, что ребенок в своих рисунках фиксирует факты и детали, которые взрослыми художниками игнорируются соответственно объективно воспринимаемой действительности. В детских рисунках среди прочего часто встречается явление <прозрачности> - изображение невидимых в действительности элементов. Например, у человека, изображенного в профиль, рисуются оба глаза; у человека, сидящего в автомобиле, нарисована также и нижняя половина тела, хотя в действительности она закрыта кузовом машины. Этот интеллектуальный реализм встречается также и в творчестве больных шизофренией, причем они воспроизводят собственную действительность, ибо мыслят по-своему логично, рационально интерпретируя реальные события в соответствии со своими бредовыми построениями, а не с объективной действительностью. Е. Минковский назвал этот способ мышления болезненным рационализмом (*rationalisme morbide*(2)). Соединяя термин В. Кюрбиза (интеллектуальный реализм) с понятием, созданным Е. Минковским, можно было бы изобразительное творчество больных шизофренией назвать патологическим реализмом.

Для психиатра неизмеримые и неточные психологические и психопатологические определения, которыми он пользуется в своей работе, являются терминами столь же реальными, как для физика понятие массы. Мир, несуществующий для здоровых, но существующий в разуме больного, может быть для врача более реальным, нежели псевдореальность театральной игры.

В польской психиатрической казуистике известно интересное творчество больного шизофренией художника-любителя Э. Монселя, собрание работ которого, состоящее из 553 сохранившихся рисунков и набросков мессианского содержания, можно рассматривать как альбом, пластически иллюстрирующий картину шизофрении.

Монсель родился в 1897 г. и умер в 1962 г. Имел начальное образование. До войны владел небольшим магазином в провинциальном городке. После войны работал весовщиком на сахарном заводе. По характеру он был скрытным, холодным в отношении к окружающим и не проявлял каких-либо особых интересов в сфере изобразительных искусств.

1 Minkowski E. O. С. 86

Заболел психической болезнью в 1943 г. Несмотря на то что лично ему ничто не угрожало, он был убежден, что ему грозит арест, и скрывался до конца войны на темном, необогреваемом чердаке. За это время он сильно изменился, стал странным, избегал даже самых близких ему людей, перестал заботиться о себе. После войны стал жить отдельно. С работой справлялся хорошо, но избегал всяких контактов. Стал преувеличенно религиозным. Лишь один раз, доверившись соседу, он рассказал о том, что видит необычные вещи, которые удивили бы людей.

После смерти Монселя выяснилось, что в течение последних двадцати лет жизни все свободное время он посвящал рисованию, о чем не знал никто из окружающих. Эти рисунки и подписи к ним(1) являются столь

представительной иллюстрацией критериев шизофренического искусства, что даже без информации о жизни Монселя можно было бы на их основе поставить диагноз заболевания художника.

Г. Реннерт относит к формальным критериям пластической экспрессии страдающих шизофренией странные, манерные формы в стиле барокко, нагромождение форм и фигур, заполненность изображениями до самых границ композиции (*horror vacui*)(2), включение в рисунок элементов письма, стереотипии в виде заполняющих всю поверхность картины повторяющихся форм, символов и т.п., стереотипное повторение определенных мотивов в целых сериях картин, геометризацию и схематизацию формы, декомпозицию фигур людей и животных, орнаментальные заполнения фона, умножение частей тела фигур, странные, неоморфические монстры. К содержательным критериям Реннерт относит замкнутую, орнаментальную композицию формы, например арабески; наиболее излюбленными темами являются магические и аллегорические изображения с их странной символикой, особенно религиозного и сексуального характера, портреты с явно акцентированными глазами, ушами, руками,

1 MUarski J. Psychiatryczne aspekty tworezosci Edmunda Monsiela. W: Swiat samolnych wizji Edmunda Monsiela z Wozuczana.

2 Боязнь пустоты (лат.).

элементами, выражающими чувство страха, психического обнажения личности больного(1).

Известно достаточно точно, что Монсель до заболевания никогда не рисовал и не интересовался искусством. Его первые рисунки были выполнены в период около пасхи 1943 г. В рисунке с подписью <Иисус Христос явился в Великую Пятницу 1943 г.> можно с большой вероятностью усмотреть пластическое представление момента шизофренического озарения. На нем изображены лица, выступающие из досок какой-то постройки, быть может чердака, на котором Монсель в то время скрывался. На некоторых из этих рисунков как бы украдкой появляется дьявольская физиономия. Вероятно, на них представлены изображения первых галлюцинаций Монселя. Поскольку на большинстве рисунков указаны даты, то можно проследить эволюцию его болезни и творчества. Уже вскоре трагическое спокойствие и холод, веющие от больших, черных поверхностей портретов Христа, уступают место драматическому хаосу переплетенных странной арабеской линий, на фоне которых выступают отдельно глаза, оскаленные зубы, гротескные, часто жуткие лица.

Подобно тому, как бывает при галлюцинациях, возникающих под влиянием ЛСД, эти лица умножаются, формы переходят одна в другую, становятся все более странными, дереализованными, иногда переходят в чистую абстракцию. На рисунке <Композиция с лицом> возникает кульминационный хаос безумного видения, несущий печать космической катастрофы. Здесь не осталось уже почти ничего от форм прежнего, реального мира.

Следствием великого и возникшего почти одновременно с началом психоза таланта художника-любителя явилось то, что и это произведение, созданное в крайне болезненном состоянии, оказывается подчиненным творческой дисциплине. В этом периоде Монсель не делает подписей под своими рисунками. Молчит, как если бы у него не было слов для описания поражающих переживаний, но от этих образов веет страхом и чувством

грозящей катастрофы.

1 Rennert H. Die Merkmale schizophrener Bildnerie. Jena; VEB G. Fischer Verlag, 1962.

Из этого нагромождения хаотических линий и форм, из этого <салата образов> (определение использовано Г. Реннертом по аналогии с выражением <словесный салат>) через несколько месяцев формируется новый, жесткий и почти уже не меняющийся до конца творческой жизни образ психотического мира, в котором Монсель находит спасение, становясь посланником Бога. Роли поменялись: мир уже не угрожает ему, но он грозит миру, обладая моральной властью над ним.

Это ясно вытекает из многочисленных надписей на рисунках, написанных патетическим стилем по образцу Священного Писания; они свидетельствуют о бреде мессианства и величия, о двойственности чувств, проявляющейся в доктринерской любви к людям и одновременно суровом, не ведающем прощения отношении. Монсель глубоко убежден в своем мессианстве и величии, однако до конца жизни никого не посвящает в свои бредовые построения и свое творчество. Для окружающих он остается скромным, одиноким, всеми покинутым чудаком, но в своем шизофреническом мире Монсель - избранник Бога, который с гордостью пишет: <Мое творчество не имеет и не будет иметь конца; кто пойдет за мной, тот обретет счастье>.

В этом периоде создания <нового мира> на развалинах мира, разбитого психозом, который можно было бы назвать теоморфическим(1) миром, поскольку он весь без остатка заполнен божеством, наступает успокоение и конкретизация формы. Исчезают зловещие маски, жутко оскаленные пасти, а если они и появляются, то как воспоминание об опасности зла, но уже как бы освоенного, подчиненное идее вездесущего Бога. Появляются и уже останутся навсегда тесно заполняющие картину бесчисленные усащенные лица, пронзительно смотрящие глаза и патетически вытянутые руки, указывающие и повелевающие. Из них строятся монументальные, несмотря на миниатюрную технику, фигуры святых; ими заполняется весь без остатка фон; они образуют характерный ограничивающий картину орнамент. Эта жесткость форм является, по-видимому, выражением стремления к созданию порядка и гармонии, родом адаптации формальной концепции.

1 Этот термин был предложен Уоррингером применительно к анализу экспрессионизма в его работе <Абстракция и эмпатия> - W. Worringer. Abstraction and empathy. London, 1953.

Творчество Монселя отличается узкой сферой содержания и формы. После короткого периода катастрофического перелома оно достигает своего совершенства и не обнаруживает дальнейшей эволюции. Это не уменьшает, однако, его ценности. Монсель в своем диапазоне действует смело и уверенно и не питает сомнений в отношении мира, порожденного его воображением. Действительность была для него бледной тенью. Настоящая жизнь начиналась, когда в темной камере он слушал голос Бога, внушающего ему преувеличенные картины и приказывающего ему рисовать и писать ради обращения человечества.

В случае Монселя трудно говорить о регрессии, часто называемой в качестве одной из черт шизофренической пластики(1). Как представляется, слишком

поспешно делается вывод о регрессии у художников-непрофессионалов, которые начинают рисовать лишь во время болезни. Нередко мнимая регрессия может быть попросту результатом недостаточного владения техникой либо недостатка одаренности. У Монселя следовало бы говорить не только о <прогессе>, но даже об эксплозии пластической одаренности, порожденной психотическим состоянием. Его творчество сыграло роль катарсиса, освободило его от страха, наделило его в собственных глазах высоким социальным рангом.

Ошибкой было бы считать, что рисунки Монселя являются только отражением его шизофренического мира, ибо он не был только психически больным, который рисует во время болезни, а его рисунки представляют пластическое отражение психотических переживаний. Больной шизофренией не заботится о порядке, но создает картину мира таким образом, чтобы она соответствовала его патологически измененному опыту. Монсель был психически больным самобытным художником. Поэтому его рисунки, хотя и жуткие, вызывающие тревогу, остаются гармоничными и подчиненными творческой дисциплине. Здоровый художник и его произведение - отдельные явления, которые можно рассматривать по отдельности. Психически больной тесно связан со своим творчеством, ибо оно непосредственно выражает его психику.

1 Plokker J. H. Artistic self - expression in mental disease. Hagye; Paris; London; Mouton and Co. Publ., 1964.

Полностью его понять можно, лишь познав переживания больного.

Правомерным было бы полагать, что для Монселя его творчество имело иное значение, нежели для здоровых художников. Неизвестно, в какой степени он понимал связанные с искусством проблемы эстетики и изобразительной техники. Его многочисленные наброски свидетельствуют о том, что он сознательно осуществлял определенные пробы и поиски. Импульсом к творчеству у него служили вещи внехудожественные, его бредовые убеждения в том, что он является посланником Бога, что его произведения послужат делу направления человека на правильный путь. Такого рода убеждения весьма характерны для художников далекой доисторической эпохи. Весьма вероятно, что для них важна была не эстетика, а магическое действие их рисунков.

Монсель являет собой редкий пример высвобождения заболеванием таланта и творческой инспирации, а форма и содержание его рисунков неразрывно связаны с его патологическим видением мира. Его произведения как и работы других одаренных больных шизофренией, являются как бы призывом из мира психоза к здоровым людям, суггестивность этого искусства указывает на тот факт, что его не приходится считать совершенно нам чуждым. Оно не только раскрывает перед нами этот мир, но также и частицу нашего очень интимного, личного мира магии, абсурдных мыслей, сновидений и психических механизмов, в существовании которых мы нередко не хотели бы признаться даже самим себе.

НЕТИПИЧНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Несмотря на большое психопатологическое разнообразие, можно дать приблизительное описание клинической картины шизофрении. Случаются, однако, нетипичные варианты, которые вызывают классификационные трудности. Их можно разделить на пять групп: рекуррентная шизофрения,

шизоаффективный психоз, шизофреноподобные синдромы, шизофрения с мнимоневротическим протеканием и бредовые синдромы (эта последняя группа обсуждается отдельно).

Периодическая шизофрения. Рекуррентная шизофрения характеризуется появлением с разными временными интервалами, иногда достаточно регулярными, кратковременных психотических эпизодов, обычно схожим образом протекающих, чаще всего в форме кататонической, онейроидной или остропараноидной формы. В интервалах между психотическими эпизодами постшизофренических изменений личности не наблюдается. Этим данная форма психоза отличается от шизофренических рецидивов, которые наблюдаются в случаях типичной шизофрении и которые оставляют после себя хотя бы незначительные изменения личности.

Шизоаффективный психоз. Шизоаффективный, или смешанный психоз представляет собой пересечение двух больших психотических кругов: шизофренического и циклофренического. Элементы обоих кругов смешиваются между собой в столь различной степени, что распознавание постоянно колеблется между шизофренией и циклофренией.

Чистота циклофренического круга затемняется бредовыми включениями. В маниакальной фазе повышенное настроение больного иногда предрасполагает к возникновению бреда величия. В спокойном настроении автопортрет всегда бывает более ясным: человек чувствует себя более хорошим, более умным, красивым, а когда настроение выходит за нормальные границы осцилляции и вместо радостного становится маниакальным, образ самого себя с легкостью подвергается патологическому преувеличению, что окружающими воспринимается как бред величия.

Бред преследования развивается обычно в связи с сопротивлением, которое окружение оказывает чрезмерной активности больного. Диагностические трудности возникают тогда, когда бредовый элемент выступает на передний план и заслоняет повышенное настроение больного.

Для депрессии достаточно типичным является бред греха, уничтожения, гибели и катастрофы. Эти бредовые идеи чаще возникают у пожилых людей, быть может потому, что естественным образом они склонны к подведению итогов своей жизни и рассуждениям относительно ее никчемности. Реже наблюдается бред преследования: даже когда больной чувствует якобы враждебное отношение к себе окружающих, он считает это заслуженной карой. Подобно маниакальному состоянию, здесь также перевес бредового элемента затрудняет диагноз.

Понижение двигательной активности при депрессии может напоминать кататоническую заторможенность, а ее повышение во время маниакального состояния - кататоническое возбуждение. Повышенное настроение при гебефренической шизофрении и пониженное при простой шизофрении можно спутать с маниакальной фазой либо с депрессией циклофренического психоза.

Различительным моментом в этих сомнительных случаях служит дистанция, отделяющая наблюдателя от больного, то, что Э. Блейлер определяет понятием эмоционального созвучия. Больной шизофренического круга дистанцирован, непонятен, поражает своими реакциями, вследствие чего кажется странным либо чуждающимся, когда к его необычности мы привыкаем. Больной циклофренического круга остается близким, а его поведение не становится непонятным; нам легче почувствовать то, что он переживает, и,

следовательно, он не кажется ни странным, ни чуждаковым.

Но синтония - понятие относительное, зависящее как от наблюдаемого, так и от наблюдателя. При шизофрении она может уменьшиться, когда мы начинаем лучше понимать больного и чувствовать к нему большую симпатию. С другой стороны, в случае циклофрении синтония может быть нарушена беспокойством, которое создает вокруг себя маниакальный больной, либо упрямством депрессивного больного.

Важную роль в распознавании играет предболезненный профиль личности. Перевес синтонии (направления <к> окружению) ведет к тому, что даже при шизофрении расщепление - schizis - между больным и окружающим его миром бывает слабее; больной более синтоничен, созвучен с окружением, что может затруднять диагноз (отграничение от циклофрении), но определенно облегчает лечение. Однако предболезненный шизоидный профиль (перевес установки <от> окружения) обуславливает то, что при циклофрении может отсутствовать обычная при этой болезни синтония. Когда добавляются еще элементы из шизофренического круга - бредовые, кататонические, гебефренические, дифференциальный диагноз становится особенно трудным.

Циркулярное течение шизофрении - рецидивы без признаков выраженной дегенерации - создают дополнительное сходство с циклофренией.

Представленные диагностические трудности подтверждают правомерность создания особого классификационного понятия в форме смешанного, или шизоаффективного, психоза.

Шизофреноподобные комплексы

Шизофрению и циклофрению относят к так называемым эндогенным психозам (по терминологии немецкой психиатрии) или функциональным (по терминологии английской психиатрии). Оба понятия указывают на то, что этиология болезни неизвестна. Случается, однако, что шизофреническая картина, подобно циклофренической, может наблюдаться в случае психозов, причина которых, как представляется, не вызывает сомнений. Иногда эта причина выявляется лишь после длительного наблюдения за больным и нередко после выполнения многих дополнительных обследований, и потому вначале болезнь трактуется как шизофрения либо циклофрения.

Разнородные этиологические факторы можно сгруппировать в три класса: органические факторы, эпилептические и реактивные.

Органические. Основным критерием психиатрической классификации является психиатрическая картина; так называемые органические психозы, или психоорганические комплексы, характеризуются прежде всего нарушениями памяти, проявляющимися в острой или затяжной форме. Когда психоз, демонстрирующий шизофреноподобную картину, трактуется как органический психоз, от психопатологического критерия переходят к этиологическому. Нельзя считать такой подход последовательным, особенно в связи с тем, что до настоящего времени остается неизвестным, не являются ли причиной эндогенных психозов органические изменения центральной нервной системы, как, впрочем, считали и считают многие психиатры. О выраженной органической этиологии, однако, можно говорить тогда, когда удастся доступными исследованиями выявить органическое повреждение мозга. С другой стороны, опираться исключительно на психопатологическую картину может быть рискованным. Не только эндогенные психозы, но также и

неврозы могут иметь органическую основу, и неумение ее обнаружить может привести к фатальному финалу для больного. В качестве примера могут служить невротические комплексы на начальной стадии ракового заболевания, в случаях гиперфункции щитовидной железы, склероза мозговых сосудов, заболеваний кровеносной системы, опухоли мозга и т. п. Подобным образом психотические комплексы, напоминающие циклофрению или шизофрению, могут маскировать разного рода соматические нарушения, как например воспаление мозга, опухоль мозга, ревматизм, экзогенные и эндогенные интоксикации, острые гормональные нарушения, особенно коры надпочечников и т. п.

С психиатрической точки зрения, в подобных случаях постановку диагноза облегчает наличие черт психоорганического комплекса. Однако эти черты не всегда удастся обнаружить. Помимо этого шизофрения, протекающая в острой форме, имеет много признаков, общих с острым психоорганическим комплексом; в том и другом случае на первый план выступает состояние помраченного сознания. Помочь в установлении правильного диагноза может обстоятельная беседа с близкими больного. При этом следует обратить внимание на такие моменты, как предшествующие началу психоза заболевания: нервные, ревматические, недостаточность системы кровообращения, печени, почек; сифилис; интоксикации; алкоголизм; наркомания; травма черепа; эндокринные нарушения и т. п.

Уже сам анамнез может направить дальнейшее обследование на верный путь, например, нервное заболевание неясной этиологии, связанное с сильными головными болями и состоянием помраченного сознания, позволяет заподозрить менингит. Обстоятельное соматическое обследование, особенно неврологическое, иногда позволяет с ходу изменить диагноз шизофрении в пользу шизофреноподобного комплекса, связанного с органическим заболеванием, например, определенные нарушения речи, анизокория, миоз, отсутствие реакции зрачков на свет заставляют думать о прогрессирующем поражении; незначительные неврологические симптомы могут быть единственным признаком опухоли мозга.

Дальнейшие диагностические шаги, в особенности подбор соответствующих дополнительных обследований, следует предпринимать после консультаций с другими специалистами - терапевтом, невропатологом, нейрохирургом, специалистом по инфекционным заболеваниям и т. д. То же самое, разумеется, относится к лечению. Консультация с соответствующими специалистами может уберечь больного от ошибочного диагноза и неправильного лечения, а психиатра - от неумеренного поиска <органики> либо преувеличенной <психологизации>.

Эпилепсия. Эпилепсия может проявляться в форме психотических эпизодов, длящихся от нескольких минут до нескольких недель и даже месяцев. Иногда их клиническая картина напоминает шизофрению, особенно кататоническую или онейроидную. Диагноз, в общем, не представляет большой трудности, если больной уже до начала психоза страдал эпилептическими припадками. Эпилептические припадки могут случиться в ходе инсулинотерапии, и, разумеется, в этом случае они не могут служить основанием для диагноза эпилептического психоза.

Большой, как представляется, критичности требует интерпретация электроэнцефалографических исследований, в особенности необходимо соблюдать осторожность при распознавании височной эпилепсии единственно на основе электроэнцефалографической картины. В протекании шизофрении

часто наблюдаются энцефалографические изменения, которые являются следствием самого болезненного процесса либо применяемых методов лечения.

В течение ряда лет в психиатрии наблюдается большой интерес к височной эпилепсии, что, вероятно, связано с совершенствованием диагностических методов (электроэнцефалография). В связи с этим многие психиатры ставят диагноз височной эпилепсии в тех случаях, в которых прежде ставился бы диагноз шизофрении. В дискуссионных случаях действительно бывает трудно решить, какая позиция является правильной. Иногда решающим становится довод *ex juvantibus*(1), когда противоэпилептическое лечение оказывается эффективным, врачи склонны принять диагноз эпилепсии, в противном случае больше склоняются к распознаванию шизофрении.

Реактивные психозы. Сильный эмоциональный стресс может вызвать психотическую реакцию. Ее картина иногда может походить на шизофрению. Однако существуют определенные различия. Содержание психотических переживаний в случае реактивного психоза прежде всего связано с ситуацией, вызвавшей психоз. При этом часто наблюдаются также элементы компенсаторно-желательного характера, например, после потери любимой больной галлюцинаторно переживает общение с ней, либо в случае реакции на тюремное заключение с радостью вслушивается в слова о помиловании и радуется освобождению (бред помилования). В некоторых случаях на первый план выступают истерические черты. Иногда психоз, который начинался явно как реактивный, постепенно трансформируется в шизофрению.

Неврозоподобная форма шизофрении

В относительно большой части случаев бывает невозможно, по крайней мере вначале, поставить диагноз, так как распознавание колеблется между неврозом или заострением психопатии и шизофренией. Иногда лишь месяцы или годы спустя появляются выраженно-шизофренические симптомы, чаще всего уже в форме деградации, либо бредовых комплексов.

Симптомы, имеющие невротический или психопатический характер, отличаются большим разнообразием: упорные ипохондрические жалобы навязчивости, истерическое поведение, заострение психостенических черт, - если ограничиться перечислением наиболее часто встречаемых. Что вызывает подозрение и нарушает уверенность психиатра относительно того, что он имеет дело только с неврозом или психопатией? Обычно это бывают впечатления, которые трудно конкретизировать; если бы определить их было просто, не было бы и диагностических трудностей. Немецкие и швейцарские психиатры эти впечатления обобщенно выражают понятием *<Prasox-gefühl>*. Оно играет важную роль в повседневной диагностике: благодаря ему можно распознать шизофрению при первом контакте с больным прежде, чем он успеет что-то сказать. Вероятно, при возникновении *<Prasoxge-fuhl>* большую роль играют мелкие, часто подпороговые восприятия мимики, жестикуляции и позы тела больного.

БРЕДОВЫЕ КОМПЛЕКСЫ

Бредовые комплексы обычно трактуются как отдельная от шизофрении группа психических заболеваний. Это - правильная позиция. Правда, в случае бредовых комплексов, как и при шизофрении, изменение структуры мира является существенным элементом психоза, однако существенное различие

между ними состоит в том, что при шизофрении изменение бывает целостным, а в случае бредовых комплексов - лишь частичным. При шизофрении больной становится другим человеком, а при бредовых комплексах за рамками бредовых образов деформированного фрагмента своего мира он остается тем, кем был, сохраняя свою личность.

Бредовые установки повседневной жизни. Бредовые установки встречаются в повседневной жизни и при этом их не трактуют как болезненные. В ряду общеизвестных явлений можно назвать изменение образа того же самого человека под влиянием разнородных чувств; совершенно иначе видит его тот, кто его любит, нежели тот, кто боится или ненавидит. В обоих случаях видимый образ весьма значительно отличается от действительности. Подобным образом изменяется образ окружающей действительности под влиянием чувств несправедливости, вины, ревности и других фиксированных эмоциональных установок. Различное видение мира при этом, однако, не выходит за рамки разнородности социально принятых норм, и поэтому эти люди не трактуются как психически больные, несмотря на то что они могут напоминать бредовых больных как с точки зрения силы и фиксированности своих чувств, так и в плане искажения образа действительности и сопротивления любым попыткам коррекции.

И в жизни социальных групп бредовые установки также играют существенную роль. Эта роль имеет в определенном смысле позитивное значение; они усиливают групповую связь в силу противодействия всему тому, что к группе не принадлежит, и подчеркивают характерные групповые черты. С этим связаны убеждения об исторической миссии, о несправедливости, о плохих чертах и даже отсутствии человеческих черт у лиц, принадлежащих к другим социальным группам, и т. д. Живя в данной социальной группе, люди усваивают ее бредовые установки, а связанная с ними концентрация эмоций и чувств нередко бывает настолько сильной, что принятой ориентации посвящается собственная жизнь и с чувством выполненного долга одни люди лишают жизни других людей. Бредовые социальные установки отличаются большой устойчивостью; минуют поколения, меняются социальные условия, а они остаются неизменными.

Если же, однако, человека, обнаруживающего бредовые идеи, признают психически больным, то это обусловлено прежде всего тем, что его убеждения чересчур резко отличаются от общепринятых в данной эпохе или культурном кругу, и тем, что он оказывается слишком сильно захваченным ими. Такой человек беспокоит общество, ибо часть структуры его мира разительно отличается от мира окружающих его людей.

КЛАССИФИКАЦИЯ БРЕДОВЫХ КОМПЛЕКСОВ

Бредовые комплексы можно классифицировать по основанию их структуры и тематики. Бредовая структура может быть либо устойчивой, либо неустойчивой, либо чувственной. Тематика бредовых комплексов вращается вокруг вещей, связанных с отношением к людям, собственной роли в обществе, сексуальной жизни и собственному телу.

Паранойя. Термином <паранойя> определяются строго понятийные бредовые комплексы, характеризующиеся жесткой фиксированностью и упорядоченностью. Бредовая система сохраняется в неизменном виде годами, обычно бывает детально разработанной и отличается логической точностью. Редко бывает так, чтобы выполнялись все три критерия и потому паранойя распознается нечасто. Иногда оказывается, что больной пережил в молодости

шизофренический шуб, и мнимая паранойя является остаточным состоянием, в котором зафиксировалась часть болезненной картины, а структура личности деструкции не подверглась.

Парафрения. Термин <парафрения> используют для обозначения бредовых комплексов с закрепленной и упорядоченной, но более чувственной, нежели понятийной, структурой (бредово-галлюцинаторные комплексы). Парафрения встречается чаще всего у женщин с подавленными сексуальными влечениями. По ночам их навещают мужчины, а в случае набожных женщин - дьяволы, которые ласкают их, помыкают ими, вынуждают к половым актам. Эта картина не является правилом; тематика бывает различной, парафрения встречается также и у мужчин. Характерным является наличие иллюзий и галлюцинаций. При этом чаще, чем при шизофрении, наблюдаются обонятельные и соматические, т. е. связанные с внутренней средой организма, галлюцинации.

Подобно паранойе, парафрения может быть остаточным состоянием либо рецидивом шизофрении.

В соответствии с принятой терминологией под бредом понимается патологически измененная понятийная структура. Однако часто патологическое изменение видения действительности охватывает также и сенсорную сферу. При этом бред связывается с иллюзиями, когда возникающий чувственный образ имеет какую-то связь с действительностью, например уличный шум трансформируется в человеческие голоса, и галлюцинациями, когда подобную связь обнаружить невозможно (чувственный образ возникает без связи с внешним стимулом).

Деформация чувственного образа действительности возникает под воздействием сильного эмоционального напряжения и сама по себе не является доказательством психического заболевания. Она может иметь место также в состояниях помраченного сознания, в промежуточных состояниях между сном и бодрствованием, при лишении сна, в результате сильного утомления, длительной изоляции, под влиянием некоторых химических препаратов (например, ЛСД-25, псилоцибина, мескалина, гашиша, кокаина, атропина). Деформация образа действительности может происходить также при недостаточном поступлении сигналов извне, например, на периферии поля зрения.

Бредовые комплексы, слабее выраженные и менее систематизированные, представляют достаточно частую реакцию на слишком трудную для больного ситуацию. Трудность ситуации может быть обусловлена угрозой, чувством несправедливости или вины и невозможностью понять актуальное положение дел.

Чувство угрозы. В случае угрозы больной не чувствует себя в безопасности в своем окружении. Опасность может быть реальной, и в этом случае бредовый комплекс представляет собой преувеличение существующей угрозы. Ситуация такого типа случается с преследуемыми социальными группами, во времена, характеризующиеся большой неопределенностью, с атмосферой враждебности и недоверия, с лицами, которые в силу своих убеждений или своего прошлого вынуждены скрываться и маскироваться.

Угроза может быть бредовой. В этом случае страх перед окружением не обоснован объективной ситуацией, но вытекает из внутренней установки индивида. Здесь проявляется бредовая проекция, фрейдовское уравнение: <Я

ненавижу - Он меня ненавидит>. В социальной жизни примеры этого типа можно встретить у изолированных групп, например представляющих социальные меньшинства. Члены таких групп, хотя им не угрожает никакая реальная опасность, убеждены в ее существовании. Воображаемые преследователи выполняют роль социального зеркала, которое отражает чувства зависти и ненависти преследуемых.

В индивидуальной жизни подобного типа ситуации встречаются чаще всего при взаимных отношениях зависимости, т. е. таких, при которых плоскость контакта между людьми не горизонтальная, а наклонная. Когда человеку приходится смотреть снизу вверх на другого человека, фигура последнего приобретает несоизмеримо большие размеры; смотрящий снизу вверх регрессирует до уровня ребенка, который обречен на такой угол зрения, деформирующий образы взрослых. Человек, воспринимаемый снизу, кажется выше, сильнее, мудрее; от него требуют абсолютной справедливости, заботы, опеки. Если возлагаемые надежды не оправдываются, рождается чувство обиды, протеста, бунта.

Враждебное чувство к тому, кто выше и, следовательно, в соответствии с моделью детского взгляда на мир представляет фигуру, наделяемую атрибутами отца, вызывает чувство вины, которое в свою очередь порождает еще более сильный бунт и агрессию. Возникает невротический порочный круг. Бредовая установка возникает в момент включения механизма проекции. Собственные негативные чувства, направленные на другого человека, становятся интегральной частью его образа, и этот другой, совершенно того не предполагая, может превратиться в грозного преследователя.

Если смотреть сверху вниз, может возникнуть головокружение; при этом бывает не на кого опереться, и человек чувствует свое одиночество и тяжесть ответственности за тех, кто находится ниже его. В подобной ситуации также легко рождается чувство вины и несправедливости: вины - вследствие того, что в силу необходимости нередко приходится допускать несправедливость по отношению к нижестоящим, а несправедливости - потому что не испытывают благодарности за то, что для них делается, и не делают того, что от них ожидается. Механизм невротического порочного круга, приводимый в движение чувством вины и несправедливости, создает все более сильный заряд негативных чувств в отношении зависимых от нас лиц. При этом с легкостью дело доходит до бредовой проекции, <Маленькие> люди, наделенные столь сильным эмоциональным зарядом, начинают расти в глазах того, кто до тех пор смотрел на них сверху вниз, и тем самым становятся опасными для него. Таким образом, при наклонной плоскости контактов между людьми, как в верхней, так и в нижней позиции, существует опасность возникновения бредовой установки. Обе позиции аналогичным образом - через стадию невротического порочного круга чувства вины и несправедливости и проекцию негативных чувств - могут вести к формированию бредового чувства угрозы.

Чувство вины и несправедливости. Чувство вины превращает социальное окружение в сурового судью. При этом обычно наблюдается явление генерализации. Вначале судьей является одно лицо, важное в жизни индивида, например отец или мать. Судейская власть, однако, быстро переходит на других лиц, причем эта власть может быть действительной (например, власть учителя в школе или лидера в игровой группе) или же обусловленной только привычкой смотреть снизу вверх. В этом, последнем случае любой человек из окружения данного индивида имеет шансы стать его

судьей. Каждый его шаг, жест, слово внимательно оцениваются. Оцениваются также мысли и чувства. Такой человек все время чувствует на себе взгляды других, он как бы находится у позорного столба, постоянно закрепощен, боится своего окружения, хотел бы исчезнуть, провалиться под землю. Иногда он бунтует, становится агрессивным по отношению к преследующим его судьям, но бунт порождает еще более сильное чувство вины, острые агрессии неоднократно поворачиваются против него самого. Единственным выходом тогда становится самоубийство.

Чувство вины может воздействовать более закамуфлированным способом; больной не отдает себе отчета в своем чувстве вины, но лишь стоит перед фактом (не объективным, но субъективным) наказания или мести со стороны окружения или же судьбы. Он не понимает, почему его преследуют или почему на его долю выпадает тяжелое заболевание (ипохондрический бред) и т. п. Лишь более обстоятельный анализ его переживаний позволяет обнаружить чувство вины, из которого берет начало его бредовая система.

Чувство несправедливости отличается от чувства вины неприятием приговора окружающих. Человек чувствует себя несправедливо обиженным людьми либо судьбой и бунтует против нее. В основе его невротизирующего чувства лежит вера в справедливость, понимаемая скорее по-детски, в форме представления о справедливом, добром и опекающем мире. Сам факт, что действительность не такова, что невозможно пройти через жизнь, не допуская несправедливостей и не подвергаясь несправедливости, возбуждает агрессию в отношении к миру и в особенности к тем, которые, по мнению индивида, ответственны за эту несправедливость. Проекция негативных чувств трансформирует образ социального окружения в судей, грозных и коварных преследователей, с которыми, однако, необходимо бороться до победного конца. Эта борьба становится целью жизни больного. Отсюда старое психиатрическое определение <persecuteur persecute> (<преследуемый преследователь>)

В основе чувства вины и чувства несправедливости лежит, таким образом, стремление к справедливости; в одном случае приговор принимается, в другом - против него борются. Часто, впрочем, оба комплекса - вины и несправедливости - смешиваются между собой. В бредовых комплексах ощущается что-то от атмосферы судебного процесса. Каждому слову и каждому жесту придается особая значимость. Решающими являются только факты и вещественные доказательства, представляемые со скрупулезной точностью, вызывающей восхищение наблюдательностью и памятью больного.

Невозможность понимания. Темнота возбуждает страх. Темное пространство с легкостью заполняется продуктами фантазии. На периферии поля зрения, где контуры и цвета видимых предметов стираются, образ действительности нередко подвергается деформации. Эта затемненная периферия поля восприятия является источником беспокойства, которое вызывает такое движение глаз, чтобы то, что неясно, оказалось в центре поля зрения и тем самым сделалось ясным. Поле зрения всегда заполнено; в нем не бывает белых пятен, несмотря на то, что de facto они должны были бы существовать. Не остается пустого места, соответствующего нечувствительному участку сетчатки (слепое пятно), и восприятию контура не препятствуют пустые промежутки пунктирной линии. Можно бы сказать, что нервная система использует метод интерполяции - через пространство проходит линия, соединяющая две известные точки. Этот принцип представляется всеобщим; благодаря ему сохраняется связность собственного мира, состоящего из отдельных переживаний, как из точек на огромном графике.

Чем плотнее размещаются на интерполяционном графике точки измерения, тем больше вероятность, что график соответствует фактическому положению дел. Однако с другой стороны, когда этих пунктов слишком много, интерполяционная линия проходит зигзагообразно, и становится трудно схватить ее основное направление.

Аналогичным образом дело обстоит с формирующимся образом действительности. Если данных недостаточно, образ не всегда соответствует истинному положению вещей. На основе нескольких наблюдений часто создается ложное мнение о ком-то или о чем-то, и лишь дополнительная информация дает возможность его корректирования. Чрезмерное же количество информации создает ощущение хаоса. Становится невозможным ориентироваться в целостной ситуации; она становится непонятной, мучительной, беспокоящей. Хаотическая действительность вызывает раздражение либо утомление и вместо того, чтобы притягивать, отталкивает. Готовая система понятий, оценок, шкал ценностей и т.п., с самого раннего возраста сообщаемая человеку его социальным окружением, облегчает ему ориентацию в окружающем мире и специфическим образом упорядочивает хаос поступающих к нему сигналов. Даже сенсорные образы формируются в соответствии с понятийными схемами (с возрастом ребенок начинает рисовать уже не то, что видит, но то, что его научили видеть в данном предмете); требуется гениальность художника, чтобы преодолеть подобные схемы.

Жизнь уподобляют путешествию в неизвестное. Такое путешествие возбуждает любопытство и беспокойство. Человек старается подготовиться к нему - просматривает карты и путеводители, представляет себе его в своем воображении. Во время путешествия происходит конфронтация созданного на основе различных вспомогательных средств и собственной фантазии образа будущего с актуальной действительностью. Аналогичным образом дело обстоит с жизнью: будущее возбуждает беспокойство, но также и любопытство; на основе данных, полученных от окружения и обогащенных собственной фантазией, создается его образ. Контакт с действительностью обуславливает постоянную коррекцию этого представления, которая нередко бывает весьма болезненной. Следует иметь в виду, что представление о реальности, которое уже сформировалось в сознании индивидуума, может не иметь ничего общего с действительностью. Человек видит в ней то, что хочет и что его научили видеть. В подобных случаях говорят о предрассудках, если речь идет о социальной группе, либо о кататимной, т. е. сильно эмоционально заряженной, установке, если дело касается отдельного индивида. В силу деформированной интерпретации действительности, обусловленной фиксированными эмоциональными установками, предрассудки родственны бредовым настроениям. В противоположность бреду, однако, они еще остаются в рамках социально принятого.

В генезисе каждого бреда играет роль невозможность понимания окружающей действительности и связанное с этим чувство страха перед неизвестным. Благодаря бредовым построениям действительность вновь становится ясной, и страх перед неизвестным уменьшается. Чувство озарения, которое обычно сопутствует кристаллизации бреда, является чувством облегчения, поскольку окружающая темнота разъяснилась, и новый образ действительности вызывает восхищение. Как представляется, момент невозможности понимания играет особенно значительную роль в случаях бреда: ипохондрического, ревности, у глухих людей; умственно отсталых и иностранцев, не владеющих языком данной страны.

В случаях ипохондрического бреда неизвестным оказывается собственное тело. Перцептивный образ поверхности собственного тела беден сравнительно с образом окружающего мира, а образ внутренней среды организма - почти пустой; он содержит всего лишь скудные сведения из анатомии и физиологии. Таким образом, под влиянием даже пустяковых, но вызывающих беспокойство, болезненных ощущений пустота с легкостью заполняется страшными творениями, которые в зависимости от преобладающей моды на самую страшную болезнь могут быть проказой, сифилисом, раком, инфарктом миокарда и т. д.

Между ипохондрическим бредом и обычными жалобами по поводу здоровья невозможно провести четкую границу. Каждое телесное страдание вызывает беспокойство по поводу ее причины: головная боль может означать опухоль мозга, боль в области сердца - инфаркт, боль в животе - рак и т. п. При ипохондрическом бреде неопределенность в отношении причины страдания заменяется уверенностью. Больной убежден, что у него рак, инфаркт, сифилис и т. п. Тревога, связанная с неопределенностью, уменьшается, тем самым уменьшаются страдания, главной причиной которых является это напряжение. В случае неврологических ипохондрических жалоб на первый план выступают страдания и беспокойство относительно их причин, а в случае ипохондрического бреда - интерпретация этих страданий.

В случае бреда ревности(1) (патологическая ревность, комплекс Отелло) неизвестное связано с сексуальным партнером.

1 Dominion M. Pathologic jealousy in delusional syndromes // Acta Medica Polona. 1970. N 3. P. 267-280.

Несмотря на совместную жизнь человек не знает, каков его партнер на самом деле. В сексуальных отношениях помимо потребности удовлетворения влечения существует стремление к духовному соединению, потребность войти в сферу интимности другого человека вблизи, без маски, является одним из мотивов установления эротических связей. Увы, уменьшение физической дистанции между двумя людьми не всегда равнозначно уменьшению психологической дистанции. И даже труднее познать человека при слишком большом сближении, нежели с определенной дистанции. Подобным образом при рассматривании картин на слишком близком расстоянии мы видим детали, но не можем воспринимать ее в целостности. Эти детали могут быть привлекательными либо неприятными в зависимости от собственной эмоциональной установки. Таким образом, физическое сближение не всегда удовлетворяет стремление к полному соединению с партнером; часто он остается по-прежнему таинственным и непонятым. Здесь нельзя воспользоваться сравнительной шкалой, ибо сближение слишком тесное. Более того, сексуальный контакт активизирует накопившиеся в ранние периоды развития страхи, связанные с тайной противоположного пола, и вызывает проецирование их на личность партнера. Бред ревности значительно чаще встречается у мужчин, нежели у женщин; это могло бы свидетельствовать о том, что женщины менее склонны демонизировать вопросы пола и способны более реалистично воспринимать другого человека на такой близкой дистанции, какую представляет секс.

Глухота, языковой барьер, снижение интеллектуального уровня способствуют возникновению бредовых установок. При этом человек не понимает своего окружения, чувствует себя хуже окружающих, думает, что люди смотрят на него свысока, критикуют его, говорят о нем что-то, чего он не в состоянии понять. Он не понимает их, и потому испытывает перед ними страх. В

атмосфере страха с легкостью формируются бредовые образы.

Бредовое развитие личности. У некоторых лиц можно наблюдать психическую склонность к бредовым установкам и реакциям. Достаточно пустякового повода (какая-то неудача, нарушение контакта с окружающими, плохое настроение), чтобы они увидели вокруг себя врагов, ожидающих лишь их неверного шага. Неопределенные враги превращаются в определенную клику, последовательно добивающуюся своей цели, т. е. уничтожения данного лица. Тенденция к бредовой интерпретации окружающего мира обычно появляется рано и с возрастом усиливается. Когда преходящие бредовые установки закрепляются и систематизируются, говорят о параноидном развитии личности.

Среди лиц, склонных к бредовой интерпретации окружения, можно, как представляется, выделить два противоположных типа личности - недоверчивых и по-детски доверчивых.

У первых образ социального окружения с самых ранних лет формируется согласно принципу <Homo homini lupus est>.(1) Этот принцип не способствует доверчивому отношению к людям, и легкость формирования бредовых интерпретаций при такой установке вполне понятна. У вторых образ социального окружения как бы задерживается на ранней фазе своего развития, когда это окружение складывается исключительно из семейной группы. В каждом человеке они ищут родительской опеки и доброжелательности, с легкостью открывая перед каждым свою душу. Неудивительно, что им постоянно приходится испытывать разочарования, которые вызывают смену знака чувств относительно социального окружения. Обманутые чувства с легкостью приводят к бредовой деформации образа действительности.

Бред отношения. Больной чувствует себя центральной фигурой в окружающем его социальном мире. Глаза всех людей обращены на него, все говорят о нем, все его касается (отсюда - бред отношения), ничего не бывает такого, что бы каким-либо образом не было с ним связано.

В случае бреда отношения два нормальных явления - сексуальная структура мира и социальное зеркало - оказываются патологически увеличенными. Каждый человек воспринимает окружающий мир, соотнося его с самим собой; каждый индивид является центром того, что происходит вокруг. И кроме того, каждый из нас в самовосприятии находится под постоянным контролем социального окружения; другие люди наблюдают за нами и оценивают нас, и мы сами стараемся увидеть себя глазами других (<что обо мне подумают люди>).

1. <Человек человеку - волк> (лат.). 108

Патологическое преувеличение обоих явлений основывается на значительном сокращении перспективы; социальное зеркало становится слишком близким - каждый из окружения становится наблюдателем, окружающий мир приближается и уплотняется так, что центральная точка отсчета <я> оказывается стиснутым напиранием на нее социальным миром, при этом само <я> как бы разрастается.

Такое изменение перспективы формирует патологический образ мира и лишает человека свободы действия. Мир для него превращается в театр

одного актера. Он постоянно находится под наблюдением своих зрителей. Трудно в подобной роли чувствовать себя хорошо. Иногда, правда, человеку кажется, что на него смотрят с восхищением, но чаще всего он воспринимает эти взгляды как критические или враждебные.

Преходящие бредовые установки подобного типа встречаются у психастеников и у лиц истерического склада личности, которым свойственны постоянная озабоченность собственным образом и переживание своего отражения в социальном зеркале; достаточно часто это наблюдается в молодежном возрасте, у застенчивых юношей и девушек, которые мучаются вопросом <какой я на самом деле?>. В более острой форме подобные бредовые установки часто предвещают начало шизофрении.

Бред преследования. В случае бреда преследования окружающий мир становится ненавистным, враждебным, угрожающим. Окружающие злые люди организуются в тайные кланы, их способы слежки и уничтожения отличаются большим разнообразием: подслушивающие аппараты; аппараты, испускающие смертоносные лучи; яды, подсыпаемые в пищу либо распыляемые в воздухе и т. п.

Бредовая установка редко распространяется на всех людей. Обычно они разделяются на хороших и плохих. Хорошим больной доверяет, плохих боится и ненавидит. Не существует безразличных, нейтральных или <средних>. Подобным образом во время войны происходит поляризация окружающего мира на врагов и союзников. Бред преследования является, вероятно, самой частой формой бреда; его можно наблюдать при любых психозах, а преходящие бредовые установки - при неврозах и психозах.

Бред сутяжничества. Для больных-кверулянтов в этом случае окружающий социальный мир также представляется враждебным, но не настолько пугающим, чтобы быть не в состоянии начать борьбу за справедливость, которая становится сверхценной идеей. Ей они готовы посвятить все свое время, здоровье и деньги. Их девиз - <Pererat mundus et fiat justitia>(1). Поэтому столь же правомерным было бы отнести этот тип бреда к другой группе (отношение к собственной социальной роли). Такие больные - кошмар для органов правосудия, а также социальных структур и редакций. Документы по их судебным процессам превращаются в толстые тома. Они способны добраться до высокопоставленных лиц, а иногда вокруг своего дела устраивают шум на всю страну. Когда им удастся добиться победы, вскоре новый повод мобилизует их на борьбу за справедливость.

Бред греховности. В случае бреда греховности больной всех других людей считает лучшими, более благородными, безгрешными. Под тяжестью патологически раздутого чувства вины он требует от социального окружения лишь кары за свои грехи. Здесь также присутствует стремление к справедливости, но оно выражается в осуждении самого себя. В поисках абсолютной справедливости можно усмотреть детское и подростковое восприятие у взрослых людей как абсолютное воплощение справедливости. Бред греховности чаще всего встречается при депрессиях, особенно инволюционных, иногда при шизофрении и старческих психозах. Обычно он всегда связан с пониженным настроением.

Отношение к собственной социальной роли. Чувство собственной роли в обществе и задача, которую человек должен выполнить, являются одними из наиболее существенных элементов в формировании личности. Они же могут оказаться и патогенными моментами - вызывающими большую горечь -

неудовлетворенность собой и окружающим миром, что приводит к невротическим или психотическим реакциям.

Бред величия и мессианства. В случаях бреда величия или мессианства в результате сокращенной перспективы - собственная роль в обществе вырастает до карикатурных масштабов.

1 Пусть погибнет мир, но свершится правосудие (лат.). 110

В противоположность бреду преследования здесь настроение оказывается повышенным. Поэтому бред данного типа чаще всего встречается в маниакальной и гипоманиакальной формах циклофрении, при шизофреническом озарении, реже при гебефрении и хронических психоорганических комплексах, протекающих с эйфорией.

У каждого человека можно наблюдать изменения чувства собственной роли и своего предназначения в зависимости от настроения. Патология начинается тогда, когда скрытые амбициозные мечтания находят выход в попытках их реализации, которые, разумеется, не соответствуют действительной ситуации и лишь возбуждают смех окружающих (осмеяние здесь является наказанием, применяемым группой в отношении того, кто хочет возвыситься над другими). Это наблюдается при ослаблении социальных тормозящих механизмов, в случаях острых или хронических психоорганических комплексов, а также при обычном отравлении алкоголем (<да знаешь ли ты, кто я такой?>), при маниакальных комплексах, а также, когда чувство собственной роли и своего предназначения столь сильно, что исчезает страх осмеяния (при шизофрении и параноидных комплексах).

Характер предназначения может быть патриотическим, религиозным, политическим, научным, художественным и т. п. Тогда целью жизни больного становится стремление изменить мир к лучшему, осчастливить человечество. Иногда его отношение к людям изменяется на презрительное либо враждебное. Больной убежден, что его не понимают и мешают ему в реализации великой миссии. Абсурдность и вытекающий из нее комизм - как миссии, так и роли (пресловутый Наполеон) - чаще всего указывают на органическую, реже - на шизофреническую деградацию.

Бред изобретательства. При бреде изобретательства или, скорее, творчества (бредовые идеи не ограничиваются только изобретениями) миссия больного состоит в создании великого творения, которое его прославит, а людей осчастливит. В бреде изобретательства, так же как и в случае бреда мессианства, реализуются сны и мечтания детских и юношеских лет. Это - эпохальные творения, о которых мечтало человечество - *perpetuum mobile*, какое-нибудь универсальное лекарство, средство омоложения, идеальная философская или политическая система, разрешающая все конфликты и проблемы, или произведение искусства, которое будет квинтэссенцией красоты, и т. д. Пациент работает без отдыха по многу часов в день, забрасывает дом и семью, не интересуется своими житейскими делами. Обычно он ревниво скрывает создаваемое произведение от окружающих. Иногда его обнаруживают лишь после смерти больного. Чаще всего это бывают вещи, не имеющие большой научной или художественной ценности. Следует однако оценить вложенный в них труд; иногда встречается оригинальная идея, новый взгляд на действительность, поражает высокая точность или художественность исполнения.

Бред ничтожности. Бред ничтожности (нигилистический) является антитезой бреда величия. Больной считает себя наихудшим из всех людей, вырождаком общества, прахом и ничтожеством. Чувство ничтожества иногда переносится на собственное тело: внутренние органы, якобы, перестают функционировать, начинают гнить, тело изнутри превращается в труху. Чувство ничтожности может перенестись и на окружающий мир: он становится выгоревшей пустошью (катастрофический бред). Негативные эмоционально-чувственные установки по отношению к самому себе, которые встречаются у каждого человека и проявляются в чувстве малоценности или вины, здесь достигают бредовой формы самоуничтожения. Они могут проецироваться на собственное тело и на весь мир - по принципу <после нас хоть потоп>.

Этого типа бредовые идеи, как легко догадаться, сопутствуют глубоким состояниям пониженного настроения, чаще всего при старческих или инволюционных депрессиях, тяжелых эндогенных депрессиях, иногда при шизофрении.

Катастрофический бред. При катастрофическом бреде окружающий мир подвергается уничтожению. Этим миром может быть ближайшее окружение (дом, семья), либо более широкое окружение (страны, культурный круг, в котором живет больной, наконец, земной шар и целый Космос) в зависимости от того, как далеко простираются границы мира. По убеждению больного, его семья разорена, все умрут от голода, либо от страшных болезней; единственным спасением для больного и его близких является смерть. Иногда он убивает тех, кого больше всех любит, и самого себя. В подобном бредовом представлении страна находится на грани катастрофы; она будет уничтожена войной или стихийным бедствием. Культуре грозит гибель в результате варварского нашествия. Земной шар распадается от атомного взрыва, конец света уже близок.

При шизофрении убеждение в надвигающейся катастрофе обычно охватывает более широкий круг мира, а в других случаях депрессии - более узкий (дом, семья).

В минуты угнетенного настроения или раздраженного состояния подобные мысли посещают не только психически больных, однако в норме они не несут в себе бредовую эмоциональную динамику и бредовую упроченность. Бредовые идеи подобного типа вытекают прежде всего из депрессивного видения будущего в черных красках. Но помимо этого в них присутствует скрытая тенденция к уничтожению.

Радость творения имеет противовес в виде радости уничтожения. Обе тенденции находят свое крайнее выражение в описанных бредовых комплексах (мессианства и изобретательства, нигилистических и катастрофических). Здесь больной выступает апостолом катастрофы, а его миссия состоит в том, чтобы предостеречь перед ней свое окружение, чтобы <их глаза оставались открытыми>.

Бредовые настроения, связанные с сексуальной жизнью, относятся, правда, к предшествующей группе, но ввиду своеобразия этой связи между людьми они обсуждаются отдельно.

Бред любви. В случаях бреда любви появляется стремление быть любимым. Больной (этот вид бреда чаще встречается у женщин) кажется, что она является объектом страстной любви и влюбленности. Каждое слово или жест, казалось бы совершенно ничего не значащие, она истолковывает как

выражение чувства со стороны мнимого влюбленного и стремится преодолеть его мнимую застенчивость более или менее провокационными проявлениями кокетства. Иногда стремления к сексуальному сближению бывают скрыты слоем негативного эмоционального отношения к объекту желания. Тогда пациентка убеждена, что он смотрит на нее с вожделением, делает двусмысленные замечания и даже пытается ее изнасиловать. Сексуальное желание может с одного мужчины распространяться на многих. Тогда почти каждый мужчина превращается в потенциального поклонника, любовника или насильника.

Существенным элементом в бредовых построениях этого типа является исполнение собственного желания. Бредовая проекция заключается здесь в перемещении своего мечтания в действительный мир. Это - психический процесс, идущий на шаг дальше, по сравнению с грезами наяву. Момент желания может присутствовать в любом бредовом построении, даже в тех случаях, когда больной видит полную гибель себя и окружающего мира. В этом процессе реализуются его негативные чувства в отношении к себе и окружению.

Бред беременности. Выраженной обусловленностью, желанием отличаются бредовые идеи, связанные с материнством - идеи беременности и рождения чудесного ребенка. Бред беременности необходимо отличать от истерической беременности. В случае бреда беременности образ будущего - беременность, которой больная желает или которой боится (обычно то и другое вместе) - реализуется в понятийной либо понятийно-чувственной сфере. В последнем случае помимо убеждения в беременности возникают и соответствующие ощущения: впечатление движений ребенка, изменение форм тела и тому подобные соматические галлюцинации. Существенным признаком является бредовая проекция: проецирование внутреннего содержания (своих мечтаний, опасений и т. д.) вовне, в реальный мир. В принципе образ остается образом, изменяется лишь степень ощущения его реальности.

В случае же истерической беременности больная может иметь симптомы беременности: задержка менструации, увеличение груди, живота, выделение молозива и т. п. И лишь эти симптомы приводят ее к убеждению в том, что она беременна. Существенным феноменом здесь является истерическая конверсия. Мир внутренних чувств, мечтаний, мыслей в этом случае проецируется на собственное тело, а не во внешний понятийно-чувственный мир. Даже образ тела, изменившегося вследствие истерической конверсии, может в течение некоторого времени после излечения сохраняться прежним.

Бред <вундеркинда>. Нормальные материнские чувства гордости и мечты о счастливом и блестящем будущем ребенка приобретают гротескную форму бреда <вундеркинда>. Они представляют собой как бы бред величия, перенесенный на ребенка. Критическое отношение окружающих часто вызывает реакцию в форме бреда преследования. Противоположностью бреда <вундеркинда> являются бредовые идеи болезненности, бездарности, дурного характера, тупости собственного ребенка, коррелирующие с бредом ничтожности. Нет необходимости объяснять, сколь отрицательно отражаются на ребенке как позитивные, так и негативные бредовые установки.

Бред ревности. Ревность, которую Шекспир называл зеленоглазым чудовищем, является, пожалуй, наиболее деструктивным чувством. Границу между нормальной и патологической ревностью определить нелегко. Обычно патологической считается ревность, возникшая без явной объективной причины, отличающаяся драматическим и упорным характером проявления.

Эти критерии достаточно неопределенны: объективную причину определить нелегко, а проявления ревности могут длительное время подавляться. Более адекватным критерием патологической ревности представляется степень захваченности этим чувством.

Клиническая картина имеет достаточно типичный характер и соответствует шекспировскому описанию. Как и в любом психотическом процессе, здесь можно различить три фазы: ожидания, озарения и овладения.

В первой фазе зарождается беспокойство и неуверенность в отношении любимой (бред ревности значительно чаще встречается у мужчин). В этом периоде обычно появляется Яго - человек, который первым разжигает беспокойство. Это может быть также общее, мимоходом брошенное замечание насчет вероломства женщин, тонкая усмешка в соответствующем контексте, мелкая интрига и т. п. Этого, однако, бывает достаточно, для того чтобы направить мысли на одну тему. Больной начинает внимательно присматриваться к своей жене или любовнице. Он начинает видеть ее как бы в новом свете. Анализирует ее прошлое. Наконец вокруг все становится ясно. Теперь требуются только явные доказательства измены (фаза озарения). С этого момента больной захвачен одной идеей: поймать ее на месте преступления. Он следует за ней, читает ее письма, ищет следы на белье, хитроумными способами устраивает ловушки. Просьбами и угрозами старается заставить партнершу признаться в измене. Когда же, наконец, будучи не в состоянии больше все это выдерживать, она признается в мнимой измене, он торжествует, но не прекращает дальнейших расследований. Бодрствует по ночам, видит за окнами тени любовников, слышит их шаги. Но все еще он не может достичь своей конечной цели: увидеть ее в объятиях любовника. Агрессия чаще бывает направлена против партнерши, нежели против ее мнимого любовника.

Он является фигурой случайной, чаще всего неизвестным мужчиной, виртуозом в искусстве любви и наделенным необычайной потенцией. Желая сравняться с ним, больной увеличивает свою сексуальную активность. А если жена холодна или отказывает ему, он убежден, что тот, другой, уже удовлетворил ее. Мнимый любовник обычно наделяется чертами, которых по представлению больного, ему не достает. Ревность снижает критичность. Подозреваемая женщина, даже если она была измучена жизнью и утомлена, может иметь, по убеждению охваченного ревностью, много молодых любовников, а молодая и привлекательная - старого мужчину, иногда собственного отца.

В преморбидном профиле больного нередко поражает чувство неполноценности и даже страх в отношениях с женщинами. Часто партнерша бывает первой женщиной в его жизни. Встречаются больные, которые являют собой противоположность описанному профилю и в жизни которых было много женщин. Иногда в подобных случаях играет роль проецирование собственного стиля сексуальной жизни и собственных желаний супружеской измены на женщину (по принципу <каждый судит по самому себе>).

Бред ревности часто встречается в инволюционном периоде и при алкоголизме. В обоих случаях может играть роль снижение потенции при одновременном увеличении сексуального желания. Соединение чрезмерной заинтересованности сексуальной тематикой с одновременным чувством неполноценности в данной сфере представляет благодатную почву для ревности. Поиск причин бреда ревности в алкоголизме нередко представляется существенным упрощением. Иногда наоборот

злоупотребление алкоголем является следствием скрытой ревности, страха перед женщиной и неумение ее понять.

В случае психоорганических комплексов бред ревности приобретает абсурдную и карикатурную форму. Не следует забывать, что значительное снижение критики может быть вызвано не только органическими изменениями, но также и деструктивным действием чувства ревности; абсурдность бреда еще не является доказательством его органического происхождения, и потому справедливым представляется популярное мнение о том, что ревнивец являет собой фигуру комическую либо трагикомическую.

При шизофрении бред ревности обычно переходит в бред отравления или другую форму бреда преследования. Вероятно, это проявление скрытого страха и скрытой агрессии к женщине - существу загадочному и вызывающему чувство собственной неполноценности.

У женщин ревность не бывает столь страшным <чудовищем>. Они способны лучше, нежели мужчины, разобраться в неопределенной ситуации, а когда их мучает ревность, они реальнее оценивают действительность и реже поддаются бредовому искажению. В основе бреда ревности у них, так же, как и у мужчин, чаще всего встречается чувство сексуальной неполноценности. Частота этой формы бреда естественным образом возрастает в климактерическом периоде.

Существует группа <врожденных ревнивцев>, у которых не бывает любви без ревности. В малой дозе ревность нередко стимулирует любовь, являясь как бы острой приправой к ней, в большой же - определенно ее отравляет. У людей, постоянно терзаемых и терзающих ревностью, обычно отмечается сильно выраженная чувственная амбивалентность по отношению к сексуальному партнеру либо тенденция воспринимать ее как свою собственность. В этом, втором, случае ревность сближается с завистью, ибо как для ревности, так и для зависти характерно стремление к исключительному обладанию желаемым объектом.

Ипохондрический бред. Беспокойство, связанное с собственным телом - <что-то испортилось>, <все ли у меня в порядке>, <какое оно>, - превращается в бред, когда возникает готовый ответ, не соответствующий фактическому состоянию.

На первый вопрос ответом может быть рак либо какая-нибудь иная болезнь, пожирающая организм, на второй - какой-нибудь мнимый телесный недостаток, который препятствует сексуальным или даже дружеским контактам, на третий - фантастическая концепция внешних черт или внутреннего строения организма.

Мотивом первого вопроса может быть плохое самочувствие, вызванное либо психическим заболеванием, либо каким-то психическим нарушением. Достаточно минутного снижения настроения, чтобы начать поиски причин в собственном теле (<почему невеселый, может заболел?>).

Мотивом второго вопроса является необходимость установления контактов с окружающим миром. Это всегда требует определенного усилия и внутренней мобилизации. Если ожидаемый контакт с внешней ситуацией имеет большое действительное или воображаемое значение, то естественной становится проверка своих возможностей. Спортсмен проверяет свое физическое состояние перед соревнованиями, актер - свой внешний вид перед

выступлением, влюбленный - перед свиданием. Обнаружение какого-либо телесного дефекта освобождает от усилий, связанных с активностью во внешней среде (мальчик не играет со сверстниками, потому что у него большое сердце, девушка избегает юношей, так как у нее кривые ноги или маленький бюст и т. п.). Частота проверок возрастает, но только лишь для того, чтобы подтвердить существование мнимого либо преувеличенного дефекта.

Мотивом третьего вопроса является любопытство, которое обратно пропорционально заинтересованности окружающим миром. Маленький ребенок, не имеющий ничего другого для игры, будет играть с пальчиками собственных ножек, а скучающая дама - ухаживать за своим телом. Определенные части тела - аногенитальную сферу - с самого раннего возраста окружает тайна. Вокруг нее больше всего создается бредовых концепций.

Важным элементом формирования бредовых ипохондрических идей и установок является чувственное отношение к собственному телу, на психоаналитическом языке определяемое как аутоэротизм. Тело является источником многих удовольствий, но также и страдания; оно является чем-то наиболее любимым, но иногда - ненавидимым, а чаще всего объектом амбивалентной чувственной установки, т. е. одновременно любимым и ненавидимым. При этом телесное отделяется от психического, определяемого местоимением <я>, и становится частью внешнего мира. При чувственной концентрации на собственном теле окружающий мир как бы замыкается в нем и в нем же реализуется бредовая проекция.

Существует определенное своеобразие ипохондрических бредовых построений в зависимости от комплексов, в которые они входят. При неврозах они бывают правдоподобны, по крайней мере для неспециалистов. Окружающие могут поверить, что у больного рак, инфаркт или какая-нибудь другая болезнь, особенно когда недобрая ее популярность в данном культурном круге достаточно велика.

При шизофрении ипохондрические жалобы и бредовые построения приобретают столь необычные черты, что в их действительность поверить трудно. Например, что больной издает специфический неприятный запах, что во внутренностях у него находятся черви, пожирающие его изнутри, что у него деформированные и странным образом изменившиеся гениталии. Иногда больные создают оригинальные анатомические и физиологические концепции, значительно отличающиеся от общепринятых взглядов.

В случае эндогенных и инволюционных депрессий ипохондрический бред приобретает нигилистическую окраску. Его тело, якобы, подвергается уничтожению, перестает функционировать. Все внутри застыло в неподвижном состоянии, начинает распадаться и гнить.

При органическом психозе ипохондрический бред иногда становится абсурдным и комичным.

У больных, бредовый комплекс которых развился на фоне иного комплекса, прогноз, разумеется, соответствует прогнозу последнего. При депрессии или мании бредовые построения исчезают по мере того, как настроение больного возвращается к нормальному уровню. При шизофрении фрагменты бредового комплекса могут составлять главное проявление <дефекта>. При острых психоорганических комплексах бредовые идеи исчезают вместе с другими симптомами, а если острый период переходит в хронический, бред может

принять более систематизированную и часто абсурдную форму. При хронических психоорганических комплексах по мере нарастания деградации бредовая структура обедняется. Бредовые идеи нередко приобретают смешную и детскую форму.

В тех же случаях, когда, помимо бредового комплекса, невозможно доискаться черт иного психопатологического комплекса, прогноз зависит от степени фиксированности и систематизированности бреда, от структуры личности и от психологической ситуации, которая предположительно явилась основой бредового процесса.

Когда структура бреда замкнутая и стабильная, шансы на то, что она может оказаться разрушенной и будет заменена нормальным способом видения мира в общем бывают невелики. Чем дольше держится бредовый комплекс, тем сильнее он обычно закрепляется. Способствующие возникновению бреда черты личности, такие как недоверчивое и враждебное отношение к окружению, либо, наоборот, по-детски доверчивое, ухудшают прогноз, особенно если принимать во внимание возможность рецидивов. Если лежащая в основе бредового комплекса психологическая ситуация (например, страх перед окружающими, чувство вины или несправедливость) связана со структурой личности, то прогноз бывает хуже, если же - с внешней ситуацией (например, опасность преследований, испытанная несправедливость, совершенное преступление), то прогноз оказывается лучше.

Существенным для лечения больных, у которых бред выступает на первый план, является умение завоевать их доверие. Речь идет о том, чтобы не оказаться застигнутым врасплох бредовыми построениями больного. Необходимо побороть в себе нормальную реакцию изумления, осуждения или осмеяния, какую вызывает столкновение с убеждениями, резко расходящимися с общепринятыми.

Не следует также впадать и в противоположную крайность, т. е. принимать убеждения больного. Такое принятие не может быть искренним; больной обычно чувствует эту неискренность и теряет доверие к врачу. Следует просто принимать, что бредовые идеи больного представляют один из многих, хотя и необычных способов видения действительности. Это не означает отказа от своего собственного способа видения, подобно тому как в дискуссии необходимо постараться понять точку зрения оппонента, не отказываясь, однако, от собственного мнения, если мы убеждены в ее правильности.

Дальнейшим шагом, таким образом, является понимание позиции больного, что достигается посредством более глубокого знакомства с его бредовым миром и историей его жизни. Беседы позволяют как врачу, так и больному вникнуть в структуру и генезис бредового мира, т. е. понять, какие переживания и чувственные установки вызвали бредовые искажения. Глядя таким способом на себя со стороны, больной сможет легче принять нормальный способ видения.

Фармакологическое лечение бредовых комплексов проводится по общепринятым схемам. Обычно используются нейролептики. Иногда это лечение комбинируется с инсулиновой терапией.

Деперсонализация и дереализация. Деперсонализацию и дереализацию(1) не относят к бредовым комплексам. Сущностью нарушения здесь является утрата чувства действительности: собственного тела при деперсонализации и окружающего мира - в случае дереализации. В случае же бреда происходит

преобразование действительности в результате принятия иной структуры за действительную. Обсуждение здесь этих нарушений представляется уместным постольку, поскольку деперсонализация касается отношения к собственному телу, а проблема чувства действительности тесно связана с возникновением бреда.

Термин <деперсонализация> используется в тех случаях, когда больной сомневается в реальности собственного тела и одновременно у него возникает впечатление, что его тело изменилось, например, что у него разбухает голова, руки становятся толстыми и длинными, нос изменяет свою форму, а глаза выглядят странно. Термин же <дереализация> определяет нарушение чувства действительности в отношении окружающего мира: он становится нереальным, чем-то напоминает сновидение или фильм, производит впечатление театрального макета, иногда утрачивает свою трехмерность и становится плоским. Лучше всего это состояние иллюстрируется известным выражением, что надо ущипнуть себя, чтобы определить, сон это или явь.

Чувство реальности и состояние сознания. Ни во сне, ни наяву у нас не возникает сомнений относительно реальности собственных переживаний. Во время сна реальностью становятся образы сновидений, а в состоянии бодрствования - то, что нас окружает.

1. Meyer J. E. Depersonalisation und Derealisation // Fortschritte der Neuro-logie. Psychiatric und ihrer Irenzgebiete. 1963. N. 8. P. 438-450.

Сомнения возникают в промежуточных состояниях: между сном и бодрствованием и на границе двух миров (внутреннего, собственного, и внешнего, общего с другими людьми). Засыпая, мы иногда бываем неуверенны, является ли то, что мы видим и слышим, реальностью или же - сновидением. Подобным образом, при переходе от сна к бодрствованию, когда исчезающие элементы сновидения еще смешиваются с элементами реальности, в течение какого-то времени бывает непонятно, сон ли все еще это, или уже явь. Более выражение подобные сомнения наблюдаются в тех случаях, когда человек борется с сонливостью и многократно засыпает и тут же просыпается снова.

Физиологические исследования, и особенно электроэнцефалографические, свидетельствуют о том, что сон и бодрствование не разделяются резкой границей.

Колебания состояния сознания имеют континуальный, а не альтернативный характер: сознание - отсутствие сознания, бодрствование - сон.

Опираясь на физиологическую концепцию континуального характера перехода, от сна к бодрствованию, следовало бы принять, что мир сновидения и мир реальности не разделяются резкой границей, как это принято считать, и что эти миры взаимно переплетаются между собой. А чувство реальности, которое сопутствует каждому из них в отдельности, но никогда - обоим вместе, при отсутствии резкой границы между ними нарушается. И если внимательнее присмотреться к чувству реальности, то оно оказывается не таким полным и сильным, как представляется на первый взгляд.

Чувство реальности и необычность реальности. Чувство реальности в большей степени определяется верой и привыканием. Повторяющийся контакт с тем же самым явлением усиливает чувство его реальности. В то время как новое,

необычное явление, приятное или неприятное, нередко вызывает чувство нереальности. Это состояние точно отражено в повседневных оборотах: <как прекрасный сон> или <как в кошмарном сне>. В литературе описаны дереализационные и деперсонализационные эпизоды, возникающие при столкновениях с необычными жизненными ситуациями, как например у некоторых заключенных непосредственно после попадания в концлагерь.

Чувство нереальности, вызываемое новыми и необычными явлениями, уменьшается под влиянием поведения типа <Фомы неверующего> в результате приближения, прикосновения, ощупывания, а также под влиянием суждений других людей. Чувство реальности, таким образом, требует определенного усилия, направленного на движение вперед, навстречу неопределенной действительности, к другим людям, мнение которых может оказаться решающим для оценки того или иного явления.

В состоянии бодрствования в норме человек активно действует, проверяет действительность, контактирует с другими людьми. Все это усиливает его чувство реальности. У людей, находящихся в полной изоляции, нередко возникают явления дереализации и деперсонализации.

Чувство реальности зависит также от эмоционального состояния. Жизненные ситуации, вызывающие сильные чувства, как позитивные (радость, любовь, восхищение), так и негативные (отчаяние, ненависть, отвращение) часто воспринимаются как нереальные. Чувство нереальности - <это было как сон> - возникает обычно ретроспективно. В момент максимально интенсивного переживания человек бывает слишком поглощен ситуацией, а эмоциональное напряжение слишком велико, чтобы могло оставаться место для чувства реальности или нереальности. Для того чтобы балансировать между этими чувствами, необходимо хотя бы в какой-то степени сохранить позицию наблюдателя. Хотя, с другой стороны, чувство нереальности иногда защищает от слишком сильного шока новой ситуации, вызывающей негативные чувства. Дереализация и деперсонализация играют при этом роль как бы защитного слоя: после прохождения через него входят в новую действительность. Например, потеря близкого человека ощущается как нереальная; лишь с течением времени происходит привыкание к новой ситуации и человек привыкает к ней. Во время же кошмарного сна, например, таким спасительным кругом является чувство реальности: человек максимальным усилием воли старается убедить себя в том, что это всего лишь сон, и пытается возвратиться к реальности и яви.

Из двух реальностей, составляющих время, проживаемое человеком, а, вероятно, и животными, каждая из них является защитой от другой; реальность яви защищает от кошмарного сновидения, а реальность сновидения - от кошмара жизни. Первым шагом в развитии психоза является отрицание актуальной действительности, а вторым - переход к противоположной реальности (от яви к сновидению и наоборот).

Если считать, что психически больные, особенно страдающие шизофренией, это люди, которые, хотя и бодрствуют, но в то же время пребывают в мире сновидений, то нарушение чувства реальности - это первый шаг к переходу в иной, психотический мир.

Чувство нереальности может явиться результатом устойчивого негативного эмоционального отношения к окружению и к самому себе; жизнь становится настолько серой, неприятной и скучной, что утрачивается ее реальность. Чувство нереальности при этом является как бы защитой от однообразия

неприятной действительности. Оно помещается между полюсами необычности и монотонности.

Чувство нереальности окружающего мира основывается на том, что он сближается с образами сновидения, фильма или театральной сцены. У человека возникает впечатление, что ему снится сон, и он должен ущипнуть себя, чтобы убедиться, что это не так, ибо боль является лучшим критерием реальности.

Образ собственного тела. Дерезализация обычно бывает связана с деперсонализацией. Собственный образ включается в картину окружающего мира, являясь центральной точкой отсчета при его восприятии.

Поскольку реальность воспринимается прежде всего в ее сенсорном, наглядном аспекте, то и собственный образ оказывается таким же наглядно-чувственным, как и образ окружающего мира. Собственная нереальность поэтому ощущается как нереальность телесная. Собственное тело кажется нереальным, изменившимся, чужим. Опять приходится ущипнуть себя, чтобы убедиться, что оно реальное и свое собственное. Иногда образ тела изменяется, голова становится огромной, удлиняются руки, все тело увеличивается либо уменьшается. Иногда тело приобретает необычные формы животных, чудовищ. Это уже не то тело, к которому человек привык, но иное, не собственное, а потому нереальное. Подобным образом необычная ситуация перестает быть реальной для данного человека, если она уже не соответствует имеющейся у него картине окружающего мира.

При формировании образа собственного тела чувство собственности (мое тело) связано с чувством реальности: мое, следовательно, реальное. То же самое, только в более слабой степени, относится к окружающему миру; он является в определенной степени собственным миром; если же он перестает быть таковым, то утрачивает свою реальность. Вырывание человека из его среды и перенесение в совершенно иную создают чувство нереальности этого нового несобственного мира (чувство первого человека на Луне).

Интеро- и экстероцептивные импульсы, из которых формируется образ собственного тела, постоянно изменяются, так же как и нервные импульсы, вызванные стимулами внешнего мира. Почему же образ внешнего мира изменяется, в то время как образ собственного тела остается неизменным?

Изменение образа собственного тела под влиянием сигналов, поступающих из внешней и внутренней среды, ощущается лишь в слабой степени. Только при переиздании человек ощущает себя отяжелевшим, хотя его масса его тела увеличилась ненамного по сравнению, например с массой одежды или различных предметов, которые ему постоянно приходится поднимать и переносить; изменился характер интероцептивных импульсов. Чувство тяжести возникает при состоянии утомления, скуки, печали или болезни. Масса его тела не изменяется, но изменяется структура интероцептивных импульсов. Отсутствие движения, либо монотонное движение ведет к тому, что слишком длительное время одни и те же проприоцепторы находятся в возбужденном состоянии, что в конце концов вызывает чувство тяжести. Вероятно, и другие факторы играют важную роль, такие как, например, изменение гомеостаза в результате болезни, утомления или эмоционального напряжения.

Напротив, человек здоровый, веселый, подвижный чувствует себя легким. Чувства легкости или тяжести могут относиться к отдельным частям тела.

Человек, расстроенный, переутомленный, не способный уже собраться с мыслями, испытывает ощущение <тяжелой головы> и, наоборот, у беззаботного, веселого или переполненного идеями человека возникает чувство <легкой головы>.

У пианиста или хирурга <легкие руки>. Из повседневного опыта известно, что после тяжелого физического труда возникает ощущение тяжести в руках. Такими руками трудно выполнять точные движения. Это - не пустые метафоры; речь является слишком экономичной формой активности, чтобы в ней могли длительное время сохраняться излишние структуры. Чувство легкости связано с движением, быстротой, эффективностью, а чувство тяжести, наоборот, - с неподвижностью либо монотонным движением, медлительностью и трудностью смены форм активности.

Понятие движения здесь используется в самом широком значении этого слова, т. е. как любой формы активности. Голова становится тяжелой, когда человек думает все время об одном и том же, либо вообще не может сосредоточиться, и легкой, когда быстро схватывается суть проблемы.

Чувство тяжести тела, вероятно, связывается со способностью изменения функциональных структур. Когда смена структур происходит быстро, все тело становится легким, в случае же замедленного их изменения появляется чувство тяжести. В шизофренической фазе озарения больной часто чувствует себя необычайно легким. К сожалению, до настоящего времени не было проведено физиологических исследований, которые бы точнее выяснили изменения чувства тяжести собственного тела. Интересны были бы также исследования обратной проблемы: как изменение тяжести тела, например в годе или в невесомости, влияет на психическое состояние.

Чувство величины тела в большой степени зависит от угла зрения и от позиции тела. Ребенок чувствует себя маленьким, потому что видит тех, кто больше его, но - большим среди более маленьких детей. Человек, который ниже окружающих, обычно держится прямо, а тот, который выше, - несколько наклонно. Прямая поза придает чувство большей величины тела, а наклонная - уменьшенной. Таким образом, чувство величины тела у обоих - у высокого и у низкого - несколько выравнивается. Глядя на высокие горные вершины, человек чувствует себя маленьким, когда же смотрит с горной вершины вниз - ощущает себя великим.

Также и в переносном значении, используемом для определения отношений между людьми, <смотрение свысока> увеличивает телесную величину, а <вверх> - уменьшает. Различные выражения отражают этот социальный аспект чувства изменения величины собственного тела: <распирает от гордости>, <упасть в чьих-то глазах> и т. п. Человек, который чувствует себя ниже своего актуального социального окружения, склоняется, опускает голову и действительно становится ниже; тот же самый человек, оказавшись в окружении, которое он превосходит, выпрямляется, выгибает грудь вперед и тем самым увеличивает свой рост.

Подобно чувству тяжести, чувство величины может относиться к какой-либо части тела, обычно к голове или конечностям. Возникает впечатление, что голова разбухает, что руки или ноги удлинняются. Чаще всего это впечатление возникает в связи с задачей, которая в определенной степени превосходит обычные возможности. Рука удлинняется, когда необходимо дотянуться до слишком удаленного предмета, а ноги - когда требуется перепрыгнуть через ров или куда-то быстро пойти; голова разбухает, когда необходимо решить

слишком много проблем или запомнить слишком большой объем информации.

Представленные примеры, которые нуждаются в более детальном психологическом и физиологическом анализе, свидетельствуют о том, что образ собственного тела претерпевает мелкие изменения. Более существенные изменения возникают под влиянием химических препаратов; возбуждающие средства, например гашиш, кокаин, амфетамин, дают ощущение легкости, а успокоительные, например барбитураты, нейролептики, - чувство тяжести. Галлюциногенные средства (ЛСД, мескалин, псилоцибин и т. п.) вызывают нередко драматические искажения восприятия величины, тяжести и пропорции собственного тела.

Вопреки объективным изменениям, увечью и т. п., образ собственного тела сохраняет удивительное постоянство. При этом часто бывает так, что он не соответствует действительности: на свою фотографию или отражение в зеркале нередко смотрят как на кого-то чужого, поскольку собственный образ оказывается существенно отличающимся. В течение длительного времени он не изменяется под влиянием возраста; человек видит себя таким же, как несколько или даже много лет назад. Этим постоянством и несоответствием фактическому состоянию образ собственного тела напоминает бредовую структуру. Однако при контакте внешнего мира с внутренним эта стабильность необходима и целесообразна.

Роль контактных рецепторов в проверке реальности. Несмотря на то что образ тела является наиболее собственным и поразительно устойчивым, ибо постоянно сопутствует человеку, в то время как образ окружающего мира все время изменяется, он не отличается большой точностью и определенностью. Это связано с тем, что внешний мир воспринимается через одни перцептивные структуры, а собственное тело - через другие. Окружающий мир мы главным образом видим и слышим, а собственное тело - чувствуем. При восприятии внешнего мира доминируют экстерорецепторы, при восприятии тела - интерорецепторы. Связующим звеном между этими перцептивными каналами являются контактные рецепторы. Прикосновение как к предмету, воспринимаемому с помощью зрения, слуха или обоняния, так и к собственному телу делает их более реальными (проба Фомы неверующего). Поверхность тела, таким образом, соединяет внешний мир и внутреннюю среду тела, являясь одновременно критерием их реальности. Например, когда при ущемлении седалищного нерва происходит онемение ноги (сдавливание нерва уменьшает поток афферентных и эфферентных импульсов, и нога на какой-то момент времени становится онемевшей), у нас возникает впечатление, что она чужая и мертвая.

Это явление по существу представляет собой деперсонализацию, вызванную изменением структуры афферентных и эфферентных импульсов, в принципе аналогичную изменению структуры тех же импульсов, возникающему при попадании человека в совершенно новую и необычную ситуацию. Различие состоит в том, что в одном случае дело касается только одной части, например онемевшей ноги, а в другом - целого - <онемевшего> человека. Язык здесь отражает аналогию между обеими ситуациями. Говорят: человек <замер>, <остолбенел>, <онемел> аналогично тому, что говорится о тех или иных частях тела в случае, например, сдавливание нерва).

Достаточно ущипнуть себя, и хотя бы на какое-то время чувство реальности возвращается. После ампутации конечности иногда в течение длительного времени сохраняется ее нейродинамическая структура: ощущения боли, жжения, прикосновения, движения и впечатление, что она может свободно

выполнять любые движения. Представим себе, что человек не знает о том, что у него ампутирована конечность. О ее потере он узнает лишь тогда, когда вместо нее нащупает пустое место либо когда, попытавшись встать на ноги, или взять что-то ампутированной рукой, сталкивается с пустотой. Почему так происходит? Образ тела не изменяется до того момента, пока ампутированная конечность <не столкнется с действительностью>. Это столкновение может быть пассивным, когда, например, пытаются дотронуться до нее рукой, либо же активным, когда ампутированная конечность выполняет движение и вместо того, чтобы прикоснуться к чему-то, сталкивается с пустотой. В обоих случаях план активности, опирающийся на предпосылку, что конечность существует, оказывается неадекватным.

Раньше этот план успешно функционировал, значит теперь в ситуации что-то должно было измениться; какой-то элемент плана перестал существовать. Подобная ситуация возникает, когда во время ходьбы по лестнице нога вместо твердой опоры попадает в пустоту, либо наоборот. Действительность не согласуется с планом активности. Это вынуждает к ревизии концепции действительности и плана активности.

Столкновение с действительностью определяет, была ли ее концепция истинной или ложной.

Почему же, однако, происходит столкновение? Почему осязание, а не другой орган чувств, проверяет действительность? По всей вероятности, здесь играет роль фактор кратчайшего пути. Дистанция между исследуемым объектом и исследующим субъектом в данном случае самая короткая. Касаясь какого-либо предмета, мы одновременно чувствуем его и на него действуем. Временной интервал между отправлением и получением информации здесь оказывается минимальным. Это позволяет в кратчайший срок проверить рабочую гипотезу, и план активности может быть моментально реализован либо исправлен. В случае восприятия посредством зрения, слуха, обоняния мы не можем столь же быстро воздействовать на данный предмет. Мы должны приблизиться к нему, и может оказаться, что его в данном месте нет - план действия оказался неверным. В случае непосредственного контакта с предметом ощущается его сопротивление, и следует интеракция между ним и действующим субъектом. План активности изменяется в зависимости от того, какое встречается сопротивление, как действует предмет.

Действие, т. е. создание плана и его реализация, либо изменение и вновь исполнение, дает чувство собственной реальности и реальности окружения. Я могу планировать, действовать: это действие дает реальный эффект, следовательно, я существую. При отсутствии же подобного эффекта, проверяющая рука наткнулась бы на пустое место, как это бывает в случае ампутированной части тела; при этом пришлось бы признать, что, вопреки существованию этой части в образе тела, реально она не существует.

Реальность сновидения. Во время сна, когда исчезает возможность контакта с реальной действительностью (в смысле воздействия на нее и ее восприятия), стирается также чувство собственной телесности. Человек во время сновидения в определенном смысле дематериализуется; хотя он и переживает все так, как в реальной действительности, и выполняет различные действия, но не является активным действующим лицом, а лишь наблюдает собственную активность и активность других действующих в его сновидении лиц. Случается, что во сне человек может увидеть себя как другое лицо, либо принять облик нескольких лиц одновременно.

В сновидениях человек выполняет действие не в активной, но в пассивной форме. Со спящим происходят всевозможные удивительные вещи, на которые он не имеет влияния. Утрата возможности активного действия иногда ощущается болезненно, если происходящие в сновидении события требуют решающего энергичного вмешательства. В самый критический момент во сне человек не может ускорить шаги, открыть дверь, поднять руку, нажать на спусковой крючок пистолета и т. п.

Психоаналитики объясняют подобного рода ситуации как выражение страха кастрации. Такое объяснение представляется слишком ограниченным. Полная невозможность действия, столь болезненно ощущаемая и нередко приводящая к пробуждению, скорее является драматическим выражением существенной структуры снов, обусловленной невозможностью принимать подлинно активное участие в реальности сновидения. Невозможно взаимодействовать с реальностью сновидения таким же образом, как наяву с реальной действительностью окружающего мира. Ее невозможно ощупать, изменить. Она разворачивается перед нашими глазами как интересный фильм, в котором мы сами принимаем участие. Если же, однако, течение сновидения переходит определенные границы и мы хотим на него повлиять, это намерение оказывается тщетным. С определенным усилием реальность сна отбрасывается, и мы возвращаемся в реальность яви.

Способность действия и чувство реальности. Аналогичным образом в жизни наяву при невозможности влиять на происходящее вокруг также утрачивается чувство реальности. Жизнь становится театральной сценой, фильмом или сном. Подобные ситуации могут возникать в силу как внешних, так и внутренних причин. В первом случае окружающая ситуация исключает возможность действия; человек подавлен ею, не может на нее влиять. В подобных обстоятельствах человек выполняет ряд бесцельных и бесполезных движений и действий, которые не оказывают ни малейшего влияния на объективную ситуацию, но создают ощущение активности и тем самым восстанавливают нарушенное чувство реальности (если могу что-то делать, значит это не сон). Во втором случае разного рода конфликты, а особенно амбивалентное отношение к себе и окружению, делают невозможным занятие активной позиции. Хотелось бы сделать нечто, но в то же время и что-то противоположное, и в конечном счете не делается ни то, ни другое. Взаимодействие с действительностью становится невозможным, ибо одни чувства притягивают к ней, а другие отталкивают; результатом является нулевое состояние: невозможность принятия решения. Человек становится беспомощным по причине собственных противоречивых чувств так же, как в предыдущем случае, - по причине внешней ситуации. Аналогичным образом ослабевает чувство реальности самого себя и своего окружения.

Дереализация и деперсонализация при различных психических заболеваниях. Дереализация и деперсонализация при реактивных состояниях связаны с неординарностью ситуации, вызвавшей реакцию. При неврозах и психопатиях наиболее частой причиной подобных феноменов является невозможность принятия решения в конфликтной ситуации, либо негативная эмоциональная установка к себе и окружению. Этот последний момент играет роль также и при шизофрении. К этому добавляется дезинтеграция структуры собственной личности и окружения; чувство нереальности может быть предвестником шизофренической дезинтеграции. При депрессии негативные чувства в отношении самого себя, а также снижение настроения и активности могут нарушить чувство восприятия реальности как внутреннего, так и внешнего мира.

Нарушения сознания, характерные для психоорганических комплексов, особенно остро протекающих, а также эпилепсии, нередко бывают связаны с нарушением чувства реальности.

ШИЗОФРЕНИЧЕСКИЙ МИР

Для психиатра важна способность понять и включиться в мир переживаний больного. В понятие этого мира мы вкладываем все то, что больной чувствует, что является содержанием его прошлого, будущего и настоящего, что иногда является интимным переживанием, скрываемым от внешнего мира и даже от самого себя, и имеет собственную, своеобразную для больного тематику, структуру и колорит.

Этот внутренний мир пациента мы пытаемся воссоздать на основе очень фрагментарных сведений, полученных от больного и о больном. Это - сообщения от окружающих, его собственные высказывания, наблюдения его поведения, и особенно его чувственных реакций. При этом нередко мы вынуждены пользоваться интерполяцией, т. е. из отдельных фрагментов конструировать определенную целостность, не забывая, однако, о том, что наша интерполяция может быть неадекватной и что при дальнейших контактах с больным ее, возможно, придется изменять.

Чтобы проникнуть в мир переживаний больного, необходимо прежде всего завоевать его доверие. Психиатр должен быть для больного тем человеком, перед которым он может безбоязненно раскрыться, который не будет его ни осуждать, ни порицать.

Этот контакт представляет собой нечто особенное и в общем не встречаемое в обычном межличностном общении. Своеобразие его для психиатра заключается, пожалуй, в погружении во внутренний мир больного и желании облегчить его страдания, а со стороны пациента - в чувстве безопасности, которое вызывает в нем психиатр. Понимание другого человека лежит не только в интеллектуальной плоскости, быть может чувственная плоскость даже важнее. Больной должен стать для психиатра кем-то близким. Он не может оставаться кем-то иным, чужим в значении <varius>, <alienus>. Врач познает своего больного через призму собственных, часто интимнейших переживаний, ибо невозможно постичь то, что не приходилось переживать самому хотя бы в минимальной степени.

Метафизика. Нормы поведения, являющиеся основой еврейской и христианской морали и содержащиеся в тексте, который согласно библейскому сказанию был вручен Моисею на горе Синай, выражены в десяти заповедях. Они были выбиты на двух каменных табличках. Одна содержала три первых заповеди, касающиеся отношения людей к Яхве, а другая - семь последующих, регулирующих отношения между людьми. Тематике повседневной жизни посвящена вторая табличка. Это вполне понятно, ибо с тем, что в ней заключено и сформулировано уже в VIII-VI веках до новой эры, человек постоянно сталкивается в повседневной жизни.

Зато в шизофрении мы наблюдаем обратную картину: метафизические проблемы выдвигаются на передний план. Это является одной из черт, которые позволяют отличать шизофренический бред от иных видов бреда. Тематика нешизофренического бреда обычно бывает свободна от специфической окрашенности метафизическими проблемами.

Метафизическую тематику шизофренического мира можно разделить на три

направления: онтологическое, эсхатологическое и харизматическое. Онтологическое направление касается сущности бытия, концепции человека и вселенной (onto - действительность, реальное бытие). Эсхатологическое направление охватывает конец света, цель человека и т. п. Харизматическое направление включает в себя существенный смысл человеческой жизни, ее истинную цель и предназначение {charisma - любовь}.

Онтологическое направление. Мир обыкновенного человека, в общем, бывает достаточно тесным: замыкается в кругу семьи, знакомых и сослуживцев. Помимо специалистов, мало кто интересуется вселенной как таковой - ее структурой, сущностью, смыслом и предназначением, сущностью действительности и нашего бытия. И даже интересуясь подобными проблемами, обыкновенный человек концентрируется на том, что поддается проверке, что стимулирует его рецепторы и на что он сам каким-то образом может воздействовать, так как основой контакта с окружением является рецепторно-эффекторная дуга (восприятие - действие). Окружающий мир воспринимается как действительный, если он замыкает такую дугу в кольцо, т. е. когда он, подвергаясь воздействию со стороны наших эффекторов, одновременно стимулирует наши рецепторы.

Физик не стремится ответить на вопрос, что такое электричество, но занимается его эффектами (электромагнитными, световыми, тепловыми, химическими), т. е. тем, что на него действует и на что он может воздействовать сам. Разумеется, возможности проверки, учитывая бесконечность мира, крайне малы, поэтому большинство вещей принимается на веру, т. е. усваивается готовая картина мира, созданная группой специалистов.

Главной чертой шизофренической космологии является фантастика и магия. Правда, современная физика предлагает не менее фантастическую картину мира, но она поддается проверке и понятна только специалистам.

Шизофренический же мир наполняют таинственные энергии, лучи, силы добрые и злые, волны, проникающие в человеческие мысли и управляющие человеческим поведением. В восприятии больного шизофренией все наполнено божеской или дьявольской субстанцией. Материя превращается в дух. Из человека эманерируют флюиды, телепатические волны. Мир становится полем битвы дьявола с богом, политических сил или мафии, наделенных космической мощью. Люди являются дубликатами существ, живущих на других планетах, автоматами, управляющими таинственными силами. Все новые открытия и изобретения очень быстро включаются в тематику шизофренического мира. Лазеры, космические излучения, атомные бомбы, межпланетные путешествия, электронные мозги, попытки исследования телепатических явлений и т. п. нередко полностью захватывают воображение больных. Аналогично обстоит дело с важнейшими политическими событиями. Они становятся близкими, непосредственно касающимися больных; часто пациенты идентифицируются с их героями.

Хотя, в общем, события влияют на тематику шизофренического мира избирательно, так что она меняется в зависимости от эпохи и культурного круга и полвека назад выглядела иначе, нежели в настоящее время, однако определенные мотивы повторяются: борьба противоположных сил, действие на расстоянии, обманчивая видимость обычного образа мира.

Этот мир является полем битвы противоположных сил, обычно морального характера - добра и зла, красоты и безобразия, мудрости и глупости. Действие

на расстоянии может быть пассивным либо активным. В первом случае на больного действуют различные силы, во втором - с их помощью он действует на окружение. За обычной картиной мира скрывается иной, <подземный> мир.

Больной якобы открывает сущность действительности - кантовскую <вещь в себе>. По убеждению больного, - человечеству известна только ее видимость.

Магия шизофренической онтологии основывается на слишком близком взаимодействии с миром. Это как бы карикатура на закон взаимосвязи явлений. Не существует независимых явлений - все взаимозависимы и взаимовлияют друг на друга. Разумеется, больной является центром этой сгущенной структуры мира. Самые отдаленные события влияют на него, либо он влияет на них. Достаточно его движения пальцами, чтобы изменить полет птиц, чтобы остановилось солнце, наступил конец света, чтобы кто-то погиб. И наоборот, чей-то жест, злой взгляд может причинить вред больному.

Отдаленность роли не играет, так как силы, действующие на больного, либо из него исходящие, с легкостью ее преодолевают.

Магия вытекает из метафизического характера тематики шизофренического мира. Вещи, находящиеся за пределами человеческого восприятия и действия, легко становятся полем действия таинственных сил. Если больной сам не может влиять на окружение, то иные силы, вступают в действие. Они с легкостью приобретают фантастическую форму. Примером из повседневной жизни является та легкость, с которой люди, не имеющие влияния на ход политической жизни, создают сложные концепции действующих в ней сил.

Эсхатологическое направление. Разрушение собственной структуры отражается на образе окружающего мира. Вместе с больным изменяется его мир. Изменение бывает постепенным либо внезапным в зависимости от характера болезненного процесса, но в любом случае оно оказывается предельным. После него уже ничего не может происходить. Это - конец всему, конец света. Картина конца света может быть более или менее апокалипсической, ограничиваться малым кругом (семья, страна), либо охватывать весь земной шар и вселенную. Это может быть началом конца света (кровавые войны, взрывы атомных бомб, гибель человечества, своей страны или только семьи, битва дьявола с богом, борьба вражеских сил, заговоры, шпионаж), либо конечной стадией (рай, ад, опустошение после военных катастроф, бессрочное тюремное заключение или концлагерь). В воображении больного шизофренией остаются лишь их тени, духи, либо мертвые тела, движущиеся наподобие автоматов.

Ощущение надвигающейся катастрофы не является редкостью в человеческой жизни. Оно связано с понижением настроения (например, при депрессиях), когда будущее представляется в черном свете, а также с собственным бессилием по отношению к внешней ситуации, которую невозможно изменить. В другом случае пессимистическая картина катастрофы играет роль компенсации за собственные неудачи (<после нас хоть потоп>). Здесь присутствует радость уничтожения и разрядки агрессии. В случаях ипохондрического бреда больной с определенной долей радости наблюдает разрушение своего тела, в бреде ревности - разрушение сексуальной связи и семьи, в бреде греховности - свое осуждение и кару за грехи и т. д.

Катастрофические настроения достаточно типичны для эпох упадка; старые нормы разрушаются, а новые еще не созданы, а потому господствует

состояние потерянности и беспомощности. Нигде, однако, они не достигают столь апокалипсических масштабов, как при шизофрении. Катастрофе предшествует наполненное ужасом ожидание; колорит мира затемняется, все становится таинственным и ужасным. Страх нарастает crescendo - в кульминационный момент следует взрыв: конец мира, войны, катаклизмы, хаос, страшный суд, разделение на дьяволов и ангелов, осужденных и спасенных, добрых и злых, патриотов и врагов, живых и мертвых. Постепенно буря стихает, появляется рай либо ад, которые иногда принимают более мирские формы: идеального строя, концентрационного лагеря, жизни на другой планете и т. п. Религиозные мотивы катастрофической картины не соответствуют мировоззрению преморбидного периода. Достаточно часто случается, что у глубоко религиозных людей формируется мирской образ катастрофы мира, и, наоборот, совершенно безразличные к религиозным вещам люди переживают апокалипсические видения отнюдь не мирской тематики. По-видимому, при шизофрении мировоззрение не имеет большого влияния на картину болезни.

Не всегда катастрофическая картина бывает такой яркой. Кроме того, невозможность установления контакта, например при кататоническом синдроме, затрудняет воссоздание переживаний больного. Об их интенсивности можно судить лишь на основе поведения: выражения лица, позы тела, большой толерантности к боли и т. п. В случае шизофрении конец света часто принимает форму опустошения, которое охватывает больного и его окружение. Это - опустошение внутреннего мира; солнце уже не светит, люди не смеются, время остановилось, пространство замкнулось в стенах одной комнаты. Не для чего из нее выходить, так как за ее стенами мир представляется измененным, вымершим, либо страшным.

Гебефреническое <валяние дурака> может быть насмешкой над людьми, которые не отдают себе отчета в том, что все изменилось, что надвигается катастрофа. Катастрофический колорит является отличительной особенностью часто встречающегося при шизофрении бреда преследования. Факт слежки, преследования, отравления и т. д. приобретает общечеловеческое значение; если такие вещи возможны, значит весь мир против больного, весь мир изменился.

Харизматическое направление. Больной не стоит в стороне, когда мир потрясают апокалипсические события. Он занимает в нем центральную позицию. Бывают минуты, когда он чувствует себя бессмертным, нематериальным, всемогущим богом либо дьяволом. От него зависят судьбы вселенной. Он управляет движениями звезд и планет. Он с легкостью читает человеческие мысли, управляет их волей. Он находится в центре религиозных и политических войн, заговоров, битв, разведок. За него идут ожесточенные бои, и от него зависит победа либо поражение. Миру грозит гибель - больной хочет предостеречь человечество, посвятить ему себя; лишь его героическое действие может спасти от катастрофы. Больной хочет пострадать, быть мучеником, наносит себе чувствительные ранения, калечит свое тело. Кладет руку в огонь, ибо от того, выдержит ли он боль, зависит, как он считает, спасение человечества. Отрезает себе палец, ухо, пенис в знак жертвы ради высшей цели. Отказывается принимать пищу, чтобы, очищая свое тело, очистить человечество к приходу иного, нового мира.

Ему являются Бог, святые, герои прошлого, великие предки, души умерших близких, которые дают ему поручения, разъясняют его великую миссию. Он разговаривает с ними, ждет от них условного знака, приказа, является слепым орудием в их руках. За него борются злые силы - дьявол, враждующие

партии, подпольные организации. Они выдают ему свои приказы, вынуждают к подчинению - он послушен им, как автомат; они читают его мысли, управляют каждым его движением. Больному открывается подлинный смысл жизни - великая миссия, героическое деяние, мученичество, святость, божественность, сатанизм. Вся его жизнь как бы замыкается под знаком Харизмы.

Представленный здесь метафизический аспект шизофренического мира, несмотря на изменчивость деталей, зависящих от культурных влияний, в основной схеме остается одним и тем же. Его можно обнаружить в анамнезе болезни.

Героизм в норме и патологии. Героический момент - стремление к совершению великих деяний, посвящение себя другим, испытание себя, желание оставить след после себя (*non omnis moriar*)(1) - является чертой, довольно характерной для человеческой природы. Эти стремления ярко проявляются в молодом возрасте, что, между прочим, издавна использовалось вождями, политиками, государственными деятелями. Обряды инициации, существующие во всех культурах, строятся на принципе испытания сил молодого человека. У некоторых примитивных народов испытание бывало столь суровым (голодание, физические истязания, пребывание в лесу в полном одиночестве), что неоднократно заканчивалось кратковременным психозом шизофренического типа.

1. Не весь я умру (лат.).

Божество либо прославленный герой племени объявляли состояние психоза смыслом и целью жизни.

Героическое течение проходит через историю культуры; его сущность заключается в желании изменения, улучшения жизни, борьбы со злом, подчинения окружения собственной воле. В нем реализуется установка <над> - стремление преобразовать окружающий мир по своему образу и подобию.

Культура являет собой устойчивый след реализации установки <над>. Невозможность разрядки установки <над> при взаимодействии с окружением ведет к тому, что ее реализация ограничивается миром мечтаний и фантазий, которые разрастаются тем сильнее, чем меньше осуществляются в реальной действительности. Образуется порочный круг, поскольку разрастание мечтаний затрудняет их реализацию, а невозможность реализации усиливает мечтания. Чем больше расхождение между мечтаниями и действительностью, тем сильнее становится потребность проверить себя, узнать ответ на вопрос <какой я на самом деле?>. Невозможность реализации установки <над> в конкретной действительности создает ситуацию, в которой она может получить разрядку в сфере, недоступной проверке, находящейся за пределами рецепторно- эффекторной дуги, т.е. в метафизическом мире. Одновременно при этом изменяется иерархия ценностей. Для действующего субъекта важен район непосредственного контакта с окружением, тот участок действительности, где проверяется эффект собственной активности, собственная установка <над>. Причинные связи образуются просто - действие и его результат.

Для человека, лишенного возможности действовать, сферой активности становится неподдающаяся проверке часть мира; в ней он чувствует себя в безопасности, будучи свободным от необходимости принятия активной

позиции. Причинно-следственные связи здесь становятся более сложными, так как отсутствуют непосредственное воздействие на окружение и возможность наблюдения его результатов; активность становится оторванной от действительности.

По мере того как контакт с окружением становится слабее, психическая активность все более смещается за пределы сенсомоторного контакта с действительностью. С легкостью создаются причинно-следственные связи, отсутствует возможность их проверки посредством простой формулы - действую и наблюдаю результат действия. Внешний аспект действительности перестает интересовать больного; важнейшим становится существенный смысл действительности, то, что скрывается под ее поверхностью.

При шизофрении часто наблюдается тенденция к философствованию; проблемы добра, зла, смысла бытия, устройства мира, смысла Жизни, высшей цели человека и т.д. не просто интересуют больных, но становятся существенным делом их жизни. Философ занимается философией, но живет, в сущности, такой же жизнью, как и любой другой рядовой человек. Больной шизофренией живет своей философией. Проблемы, которые для философа являются предметом рассуждений, для больного являются делом жизни в буквальном смысле слова, ибо он живет в мире, им самим созданным, ради которого он готов страдать и даже отдать жизнь. Известное выражение <primum vivere, deinde philosophari> (<сначала жить, а затем философствовать>) оказывается у него трансформированным в положение <primum philosophari, deinde vivere>.

Ненависть к родителям. Неоднократно первым сигналом шизофрении оказывается внезапное изменение эмоционального отношения к ближайшему окружению. Родители бывают поражены, когда их всегда послушная дочь или сын вдруг впадает в безудержную агрессию либо, замкнувшись в себе, смотрит на них <злыми глазами>. Часто наблюдается колебание чувств, когда ребенок бывает то нежным, то враждебным. Это изменение эмоциональной установки нередко бывает первым и главным проявлением начинающейся шизофрении. Эмоциональное отношение к родителям, особенно к матери, становится центральным пунктом переживаний больного. Он упрекает их в холодности, невнимании, ограничении его свободы. Иногда отношение к родителям становится ярко симбиотическим; больной боится без них что-то делать, постоянно остается с ними, всегда спрашивает их мнение и при этом как бы подспудно питает враждебные либо амбивалентные чувства. Иногда образ родителей под влиянием сильных чувств подвергается патологической деформации. Больной вдруг начинает видеть их <подлинное> лицо: из доброжелательных и любящих они превращаются во врагов и преследователей, стремящихся уничтожить больного, сломать ему жизнь, сделать из него <сумасшедшего>, отравить лекарствами и т. п. Если больной женат, такая смена может быть направлена на сексуального партнера; иногда она составляет основу шизофренического бреда ревности.

Шизофреническая семья. В психодинамической психиатрии двух последних десятилетий много внимания уделялось так называемой шизофренической семье. Утверждалось, что мать больного проявляла неадекватное отношение к ребенку, чувственную холодность, нередко подсознательную враждебность к нему, неуверенность в роли матери, деспотичность, неспособность выразить свои чувства, и стремление получить разрядку, демонстрируя власть. С другой стороны, отец в таких семьях бывает чрезмерно уступчивым, оттесненным своей супругой от своей отцовской роли на периферию семейной жизни. С ним не считаются, им явно пренебрегают либо ненавидят его, когда он своим

поведением, например алкоголизмом, нарушает семейный порядок. Часто с внешней стороны семейная жизнь представляется образцовой, и лишь обстоятельный анализ эмоционально-чувственных отношений выявляет их патологию. Иногда мать, фрустрированная в своей супружеской эмоционально-чувственной жизни, все свои чувства, включая и эротические, проецирует на ребенка. Она не может допустить <перерезки пуповины>, привязывает ребенка к себе, ограничивает его свободу.

Патология семейной жизни не является редким явлением и, несомненно, относится к числу этиологических факторов не только шизофрении, но и других психических заболеваний. Возможно, при неврозах она встречается гораздо чаще, чем при шизофрении. В случае неврозов она бывает обычно более явной, а при шизофрении более скрытой. С другой стороны, встречаются семьи больных шизофренией, в которых действительно трудно доискаться каких-либо шизофренических черт. Таким образом, зарождается подозрение, что концепция шизофренической семьи в большей степени возникла под влиянием патологических чувственных установок пациентов. Это значит, что ее приверженцы смотрели на семью больного глазами своего пациента.

Разумеется, объективная оценка семейной атмосферы чрезвычайно затруднительна, и часто психиатр и психолог не в состоянии оценить ее иначе, нежели с позиции пациента. В конце концов, в одной и той же семье один ребенок может оценивать ее климат позитивно, а другой - негативно. Выявление у больного негативной оценки и негативной эмоционально-чувственной установки к материнской среде всегда требует дальнейшего анализа, ибо свидетельствует о нарушении в формировании первых контактов с социальным миром. Как уже упоминалось, оно не является специфическим для шизофрении, поскольку встречается слишком часто при различных психических нарушениях. Сведение этиологии шизофрении исключительно к этому фактору, несомненно, является слишком большим упрощением. Некоторые авторы приписывают эмоционально-чувственной связи с матерью столь большое значение, что считают на основе подробного анализа историй жизни больных шизофренией - главной причиной этой болезни отделение больного от матери в период первых трех лет жизни(1).

Материнство в живой природе. Дарвиновская модель живой природы, жестко и беспощадно борющейся за сохранение своей жизни и жизни вида, в последние годы все чаще вытесняется более позитивной моделью, в которой наряду с борьбой много места занимает забота, ласки, игра. Особенно подчеркивается толерантность и опека, какими окружены молодые животные в природе. Они живут <на особых правах>. Опека и толерантность в отношении малышей и подрастающих распространяется даже на животных других видов. Нередко животные заботятся о малышах другого вида как о своих собственных детенышах, если они оказываются лишенными материнской опеки. Материнство, которое является одной из основных форм поведения, связанного со вторым биологическим законом (сохранения жизни вида), нередко смягчает жесткие условия, связанные с реализацией первого основного закона (сохранения собственной жизни), соответственно которому, чтобы жить самому, необходимо убивать другие живые существа.

1. Spitz R. Infantile depression and the general adaptation syndrome // Depression. New York; Urune, 1954.

Чем выше на лестнице филогенетического развития находится животное, тем большего периода материнской опеки оно требует. Эта опека охраняет его

перед жестокими законами жизни. Развитие форм, как морфологических, так и функциональных, осуществляется как бы в изоляции от внешнего мира, в материнской среде - среде охраняющей, безопасной, обеспечивающей удовлетворение основных потребностей. У млекопитающих во время внутриутробного периода такой средой является непосредственно организм матери; она буквально собственным телом охраняет своего детеныша от внешнего мира.

Возврат в лоно матери. По мнению некоторых авторов, особенно психоаналитически ориентированных(1), у человека до конца жизни сохраняется стремление к возврату в лоно матери. Некоторые считают, что определенные формы поведения и переживаний больных шизофренией являются выражением этого стремления. Например, двигательная активность при кататонии может напомнить двигательную активность плода: легкий переход от полной неподвижности к сильным хаотическим движениям. Разрушение границы, отделяющей внутренний мир от внешнего, можно интерпретировать как регрессию к жизни плода и раннему периоду детства, когда эта граница еще не существовала, так как она могла сформироваться в постоянном взаимодействии с окружением.

Игра. Если бы не безопасность, которую обеспечивает материнская опека, то молодое существо, не располагающее еще полностью развитыми функциональными и морфологическими формами, было бы обречено на гибель в окружающем мире; каждый его неверный шаг грозил бы смертью. Материнская среда не только удовлетворяет все существенные для жизни потребности (пища, питье, тепло и т.п.), но и обеспечивает возможность развития информационного метаболизма. Благодаря тому, что окружающая среда оказывается безопасной, ничем не угрожающей, можно вступать с ней в контакт, удовлетворять свое любопытство (установка <к>); нет необходимости от нее убегать или с ней бороться (установка <от>).

1. Rank O. The trauma of birth. New York: Qasic, 1952.

- Fromm E. Escape from freedom. New York; Farrar and Rinehart, 1941.

- Fromm E. Szkice z psychologii religii. Warszawa, Ksiazka i Wiedza, 1966.

Первый контакт с окружающим миром имеет характер игры. Ничто не делается всерьез, а только <понарошку>. В игре апробируются разные формы взаимодействия с окружением, осуществляется подражание взрослым, в играх бывают победители и побежденные, командующие и подчиняющиеся. Окружающий мир напоминает сказочную страну, в которой все время открывается что-то новое. В этом игровом отношении к окружающему миру как у животных, так и у человека можно наблюдать необычайное богатство форм поведения. Игра, таким образом, имеет чрезвычайно важное значение для развития информационного метаболизма. Однако условием этого развития является доминирование установки <к>. Ибо трудно вступать в контакт с окружением, от которого приходится бежать или которое хотелось бы уничтожить.

В преморбидном периоде жизни больных шизофренией часто наблюдается недостаток игры в их отношениях с окружением. Иногда это бывает обусловлено чрезмерной опекой родителей, которые не позволяют ребенку играть с ровесниками; нередко ребенок от природы бывает несмелым, избегает контактов со сверстниками, а иногда какая-нибудь травма обуславливает невозможность контакта с другими детьми. В социотерапии

шизофрении важную роль играет игровой элемент. Иногда больной впервые в жизни лишь в больнице учится играть, относиться к жизни менее серьезно, впервые познает флирт, учится танцевать и т. п.

Основная структура социальных контактов. Во взаимодействии с социальным окружением формируется специфическая для человека иерархическая структура, которая в языке наилучшим образом выражается посредством личных местоимений: <я> и <мы>, <ты> и <вы>, <он> и <они>. Непосредственное взаимодействие реализуется в среде <я> - <ты> либо <мы> - <вы>. Во втором случае имеет место идентификация с группой; <я> заменяется на <мы>. Чувство общности с другими усиливает собственную позицию; человек чувствует себя более сильным и смелым, ибо не одинок; вместе с другими(<мы>) легче апробируются различные новые способы поведения.

Дети в группе значительно легче проникают в <таинственный мир>. Сообща организуются запрещенные развлечения, вылазки; первые сексуальные опыты (обычно мастурбация). Взрослые также вместе с другими чувствуют себя более уверенно (например, в минуты опасности) в апробировании форм активности, необычных в данном социальном круге (например, новых политических или религиозных принципов) и т. п. Напротив, формы <он>, <они> указывают на более дальнюю область. Эта часть социального окружения не принимает непосредственного участия в <игре>. <Он> или <они> наблюдают со стороны, играют роль социального зеркала, являются судьями. <Они> - это часто родители, когда дети общаются с ровесниками. Однако, когда ребенок возвращается в семейный круг, родители снова входят в более интимную сферу <я> - <ты>. В нормальной социальной жизни люди часто переходят из одной сферы в другую в зависимости от сложившейся ситуации.

При шизофрении дефицит взаимодействия с социальным окружением ведет к тому, что самая близкая сфера контакта с ним деформируется. Сфера <я> - <ты> и <мы> - <вы> как бы атрофируется, в то время как более отдаленная сфера <я> - <он> либо <они> гипертрофируется; <они> приближаются к больному, занимая место, в норме принадлежащее самым близким: <ты> и <вы>. Не формируется также <мы>; больной чувствует себя одиноким. <Они> смотрят на больного, наблюдают за ним, являются его судьями. Он постоянно чувствует на себе их взгляды. Если дело доходит до нарушения границы, отделяющей собственный мир от окружающего, <они> читают его мысли, управляют его движениями; он становится автоматом, послушным их власти.

Шизофреническое сгущение социальной структуры. Вследствие разрушения трех уровней социального мира при шизофрении наблюдается своеобразное сгущение. <Они> оказывают давление на больного, ограничивают его свободу; он не может от них оторваться, чувствует себя преследуемым ими. Значительно слабее выраженная, но в определенной мере аналогичная ситуация наблюдается в повседневной жизни, когда, например, человек оказывается в переполненном трамвае или автобусе. При этом <они> - люди в принципе чужие - занимают позицию, которая в норме соответствует только тем, которые находятся с данным лицом в непосредственном контакте (<ты> и <вы>). В такой ситуации сгущения дело доходит до проецирования собственных эмоционально-чувственных установок на тех <дальних близких>; они раздражают своим поведением, своими манерами, высказываниями, чего не имело бы места, если бы они находились на достаточной дистанции от нее, ибо мы проецируем на них собственные, враждебные к ним установки.

<Псевдосообщество>. Человек - до такой степени существо социальное, что никогда не может находиться в одиночестве.

Когда он оказывается в условиях одиночества, его фантазии наполняются разными персонажами, реальными и фиктивными, близкими и далекими, симпатичными и антипатичными. Даже картины сновидений заполняются всевозможными человеческими персонажами. То же самое касается шизофрении; несмотря на аутизм, больной никогда не бывает один сам с собой. Его, казалось бы, пустой социальный мир заполняется реальными людьми, только с измененными обликами (таким образом, родители, например, вдруг представляются с измененными лицами; вскрывается правда о них, под привычной маской обнаруживается что-то иное, иногда страшное) либо людьми совершенно фантастическими (ангелы, дьяволы, заговорщики и т. п.). Иногда лица изменяются совершенно, застывают в одном выражении (иронической усмешки, насмешки, порицания); иногда деформируются их формы, изо рта выходят ужасные слова, из глаз проникающие лучи, уши вырастают до огромных размеров. Временами изменяется цвет лица - оно становится желтоватым, как у покойников, просветленным как у ангелов, выгоревшим, как у дьявола. Эти изменения - результат собственной эмоционально-чувственной проекции больного. Н. Кэмерон определяет описанное здесь явление как <псевдосообщество> - <искусственное сообщество>(1). Оно является характерным как для шизофреников, так и для разного рода бредовых синдромов.

1. Cameron N. The psychology of behavior disorders. A biosocial interpretation. Boston. Houghton Mifflin Company, 1977.

Изоляция и амплитуда чувств. При спонтанном и естественном взаимодействии с окружающим миром и по мере восстановления близкого контакта с тем или иным человеком смягчается напряженность чувств и эмоций. Заклятый враг вдруг обнаруживает черты довольно симпатичные, а любимая особа нередко при более близком контакте утрачивает свои <чудесные качества>. Как известно из социопсихологии пропаганды, этот факт служит цели формирования общественного мнения с помощью прессы и других средств массовой коммуникации(1).

Политические партии и организации, религиозные объединения и т. д., желая привлечь как можно больше сторонников и навязать им определенные формы поведения, широко используют психологические методы. Если так называемых врагов как можно дальше отдалить от себя и прервать с ними всякие контакты, то будет легче изображать их характеры в соответствии с априорно сформированными взглядами, способами поведения и лозунгами. Например, гитлеровская пропаганда изображала врагов в самом черном свете. Иной тип пропаганды, нацеленный на завоевание себе союзников, имеет целью установить более близкие контакты, чему служит открытие границ, поддержка торговых и культурных отношений, привлечение туристов.

Диапазон эмоционально-чувственных установок у человека необычайно низок. Ядром установки <к> является максимальное сближение с окружением, какое естественным путем достигается в сексуальном акте, а фиктивным образом - в состояниях мистического или творческого экстаза.

Крайним выражением установки <от> является акт убийства, который, хотя и осуждается во всех культурных кругах, однако получает социальное

одобрение. Например, когда <я убиваю> заменяется на <мы убиваем>, как например в случае войны. В нормальной социальной жизни эмоционально-чувственные связи редко доходят до своих экстремальных границ. Все разыгрывается где-то посередине, в зоне <легких> чувств. Правда, в воображении допускаются насилие и убийство, но, к счастью, реализуются эти крайние мысли редко.

1 Freud S. Massenpsychologi und Ich-Analyse & Die Zukunft einer Illusion. Frankfurt am Main: Fischer Bücherei, 1967.

При шизофрении часто еще задолго до заболевания наблюдается подавление чувств. Больной не имеет достаточного эмоционально-чувственного контакта с окружением, чтобы реализовать свои чувственные установки. Он часто живет в скорлупе искусственных чувств, навязанных ему окружением (<идеальный сынок>), а свои подлинные чувства - как негативные так и позитивные - реализует в фантазиях наяву либо во сне. В них осуществляется месть врагам, завоевываются прекраснейшие женщины, ведутся кровавые войны и т.п. Только очень сильные чувства представляются ему подлинными, слабые же - кажутся ложными, либо он вынужден слишком часто проявлять их в своих контактах с окружением. С момента начала заболевания эти сильные чувства начинают действовать вовне. Сила их нередко превышает способность наблюдателя прочувствовать и понять их.

Больной шизофренией живет не около центра эмоционально-чувственной оси, но на обоих ее концах: страха и ненависти - с одной стороны, любовного экстаза - с другой. Разумеется, такую жизнь невозможно выдерживать длительное время, ибо она превышает возможности организма. Вегетативные разрядки, сопутствующие максимальным эмоционально-чувственным напряжениям, раньше или позже приводят к истощению и симптомам чувственного притупления.

В настоящее время трудно сказать, что первично: биохимические изменения или изменения эмоционально-чувственные, ведущие к нарушению основных биохимических процессов. Тем не менее между обоими явлениями существует зависимость порочного круга. Вызванные сильными чувствами биохимические изменения отражаются в свою очередь на динамике чувств, которая, усиливаясь, еще больше повышает биохимическую динамику.

Это нередко производит сильное впечатление на окружающих, так как такая необычная динамика эмоционально-чувственных процессов типична для шизофреников; она превышает обычную человеческую меру, вызывая своей необычностью страх у окружающих. Можно было бы сказать, что именно к шизофреникам относятся слова из Апокалипсиса: <Знаю твои дела; ты ни холоден, ни горяч; о, если бы ты был холоден или горяч! Но, как ты тепл, а не горяч и не холоден, то извергну тебя из уст Моих>. (Откровение св. Иоанна Богослова, 3, 15 - 16).

Секс. Эротизм ранней молодости. Для того чтобы понимать сексуальную тематику в шизофреническом мире, надо уметь погружаться в атмосферу юношеских переживаний. Быть может, наиболее типичной чертой юношеской эротики является диспропорция между мечтаниями и возможностями их реализации. В связи с гормональными перестройками периода созревания динамика эротического фантазирования оказывается более высокой по сравнению с другими периодами жизни. Не всегда мечтания выступают в явной форме; их содержание может подвергаться вытеснению либо сублимации. Одновременно любые формы их реализации бывают

несоразмерно недостаточными, а самая легкая из них - автоэротизм возбуждает негативные чувства к собственной персоне и к сексуальной жизни. Образуются своеобразные <ножницы> между эротическими фантазиями и их реализацией. Фантазии прекрасны, а действительность половой жизни - отталкивающая. Тормозящие факторы социальной природы углубляют это расщепление.

Атмосфера таинственности и интимности, которая в большинстве культурных кругов окружает половую жизнь, а в определенной степени существует также у некоторых видов животных, возбуждает фантазию к созданию нереальных картин сексуальной жизни. Нереалистичность искажает пропорции. Дело доходит до демонизации сексуальной жизни. Она бывает более выраженной у мальчиков, чем у девочек.

Завеса таинственности, отделяющая объект влечения от испытывающего влечение, обуславливает то, что наряду с биологически детерминированной тенденцией <к> образуется тенденция противоположного направления. Предмет желания возбуждает одновременно страх и агрессию. Женщина становится колдуньей, вампиром, <орудием дьявола>, своей красотой соблазняя мужчин, чтобы после любовных упоений пожирать их. В менее демонической форме она становится той, которая может высмеять (осмеяние является социальным умерщвлением), потребовать от юноши героических деяний, борьбы за нее и победы. Определенной защитой от амбивалентной установки к объекту любви является расщепление его на два отдельных объекта: <женщины-идеала> (которая вызывает возвышенные чувства, является воплощением красоты, добра и т.п.) и <женщины для секса> (которая удовлетворяет чувственность и <низкие влечения>).

На формирование сексуальной жизни влияют господствующие в данную эпоху или в данном культурном круге социальные представления и нормы.

Расщепление касается также и образа собственного тела. Гениталии становятся отдельной, автономной целостностью, управляемой собственными неизвестными законами, доставляющей наслаждение, но также беспокойство и страдание. Они концентрируют на себе внимание и чувства. Установка к ним оказывается амбивалентной, содержащей в себе любовь и ненависть. Напряжение противоположных чувств бывает настолько сильным, что вызывает фантазии о кастрации как единственном способе освобождения от этого источника постоянного беспокойства. Ампутация пениса является одной из частых форм шизофренического самокалечения.

Аналогичным образом расщепляется образ женщины - объекта влечения. Генитальная среда возбуждает амбивалентные чувства - влечение и одновременно страх или даже отвращение. Социальным проявлением этих противоречивых эмоционально-чувственных установок являются убеждения о <нечистости> женщины во время менструации у некоторых так называемых примитивных народов, страх, что во время полового акта пенис может быть захвачен находящимися во влагалище зубами, а в цивилизованных обществах - страх заражения венерической болезнью.

У девушек симптомы расщепления в сексуальной жизни реже встречаются и слабее выражаются. Зато влияние сексуальной жизни на формирование жизненной линии у них представляется более сильным. Эротика у них является главным критерием собственной ценности, как у мальчиков героика. Любить и быть любимой, быть может, является главной потребностью женщины. Отсутствие реального объекта любви она чувствует более

болезненно, нежели мужчина; в этом случае она утрачивает смысл своей жизни; у нее возникает стремление к самодеструкции, от которого она защищается попытками принятия мужской, героической установки, что, однако, чувственно ее не удовлетворяет. Она оказывается перед чувственной пустотой, от которой может бежать в самоубийство либо иллюзорную жизнь, заключающуюся в судорожном цеплянии за маски социальных форм и обязанностей, внутренне, однако, чувствуя отсутствие жизни. Другим выходом может быть разрушение реального мира и замена его нереальным, в котором ее потребность имеет большие шансы удовлетворения. Эти замечания можно выразить в обобщенной формуле, что сексуальная жизнь у женщин не является расщепленной, как у мужчин, но зато легче, чем у них, приводит к расщеплению.

Идеализация. При шизофрении заостряются, а иногда карикатурным образом деформируются черты молодежного эротизма. В качестве характерных можно указать семь проявлений: идеализацию, демонизацию, амбивалентность, аутоэротизм, автоматизацию, магию, нарушение идентификации.

Шизофреническая идеализация, правда, соответствует идеализации молодежной, но значительно превосходит ее по своей интенсивности. Она является стремлением к незапятнанной чувственностью любви, гармонии душ, соединению с прекрасным, символом которого является предмет чувства; телесность является препятствием этому стремлению вследствие ее нечистоты и приземленности. Собственное тело возбуждает отвращение и агрессию; уничтожить его - значит стать совершенно свободным, чистым, способным к истинной, великой любви.

Предметом чувств может быть реальная особа из окружения больного, соответственно идеализированная, либо особа лично ему не знакомая, но популярная в данное время и данном культурном кругу. Таким предметом может стать персонаж, известный из истории, религиозного культа, наконец, творение собственной фантазии.

Демонизация. Демонизация - явление, противоположное идеализации; здесь объект чувства является символом телесности, чувственной распущенности, злых сил и т. п. Его притягательная сила столь велика, что невозможно перед ней устоять; всякое сопротивление тщетно, субъект оказывается в плену магических чар. Он испытывает страх, сознание движения навстречу собственной гибели при одновременном стремлении сгореть в огне любовного исступления. Причем предмет чувства может быть произвольно выбранной реальной или воображаемой особой.

Амбивалентность. Амбивалентность - нормальное явление в эротических чувствах. При шизофрении, однако, помимо большей амплитуды чувственных осцилляций, она приобретает специфические черты. Когда эротическая жизнь разыгрывается в сфере мечтаний, что при шизофрении чаще всего и происходит, вследствие несмелости и социальной изоляции больных чувства адресуются к персоналу, являющемуся продуктом их фантазии. Поэтому образ оказывается более устойчивым, так как творения фантазии, чувств, воспоминаний, мечтаний, в общем, менее изменчивы по сравнению с образами, возникшими в результате непосредственного контакта с действительностью. Закрепляется также амбивалентная установка - на одном из ее полюсов формируется идеализированный образ, на другом - демонизированный. Напряжение не получивших разрядки чувств усиливается, и вследствие этого увеличивается также амбивалентное расщепление.

В тех случаях, когда больной шизофренией уже имеет сексуальные контакты, воображаемый образ, особенно идеализированный, в общем, формируется с большим трудом, поскольку этому препятствует реальность сексуального партнера. Противоречивые чувства, правда, могут соответственно деформировать его образ, но при этом что-то от реальной действительности всегда в нем остается. Не могут существовать две osoby, но одна соединяет в себе черты идеала и демона, демонстрируя на манер двуликого Януса то одно обличие, то другое.

Женщина, с которой субъект живет, возбуждает попеременно либо одновременно влечение и ненависть, становится источником постоянного напряжения, которое может вести к бредовой проекции, превращаясь при этом в страшную, враждебную фигуру, которая замышляет уничтожить, высосать жизненные соки, отравить, высмеять, заключить в психиатрическую больницу. От нее невозможно оторваться, ибо сила притяжения амбивалентных чувств обычно бывает больше, чем при однонаправленных. Силой притяжения больной объясняет необычайную иногда притягательность партнерши. Ему кажется, что она притягивает не только его, но и всех мужчин; каждый может быть ее потенциальным любовником.

Чувственное напряжение, которое вызывает сексуальный партнер, может в конце концов настолько истощить больного, что наступает период полного безразличия, прерываемый иногда вспышками любви или ненависти.

Аутоэротизм. Аутоэротизм в молодежном возрасте явление настолько распространенное, что, подобно гомосексуальным тенденциям этого периода, его можно трактовать как явление нормальное для развития сексуальной жизни. Патология шизофренического аутоэротизма заключается в том, что путь его к дальнейшему развитию оказывается закрытым. Больному не хватает смелости для завязывания эротического контакта. Он замыкается в воображаемой эротике; контакт с реальной действительностью настолько неприятен, пуст и бесплоден, что может ее лишь осквернить и уничтожить. Эротический мир по необходимости становится продуктом фантазии, а сама сексуальная разрядка, как акт, вызывающий негативные чувства (в отношении к самому себе, на основе защитного механизма - что плохое, то не мое>), вытесняется из субъективной сферы в объективную (тело становится предметом и подвергается автоматизации). Мастурбации не сопутствуют эротические фантазии; она становится действием механическим, навыковым, осуществляется иногда с частотой, превосходящей представления о сексуальных возможностях. Иногда впрочем, наоборот, онанизм становится одним из способов самоунижения, возбуждения еще большего отвращения и ненависти к самому себе.

Расщепление между физиологией и чувствами в сексуальной жизни бывает слишком сильным, чтобы мастурбация могла разрядить чувственное напряжение, связанное с эротическими мечтаниями. Она ослабляет, однако, и без того непрочные тенденции больного к контактам с социальным миром как вследствие вызываемого ею чувства вины, которое перерождается в бредовые мысли (все вдруг знают о его дурной привычке), так и в результате лишения его столь существенного мотива социальных контактов, каким является стремление к эротической разрядке.

Сексуальный контакт имеет большое значение для подкрепления образа собственного тела. Его видят глазами партнера. Здесь играет роль атмосфера таинственности, которая окружает сексуальную жизнь и которая в

определенной степени окружает также и собственное тело. Стремление к телесному сближению является также стремлением к испытанию собственного тела, собственной маскулинности или фемининности. Прилагательное <телесный> во многих языках используется в качестве замещающего вместо прилагательного <половой>, ибо язык выражает тесную связь между телесностью и сексуальностью. Невозможность проверки в форме сексуального контакта ведет к тому, что образ тела оказывается как бы незавершенным, не достает того, что определяет его ценность. В такой ситуации легко формируются ипохондрические концепции.

Автоматизация. Мастурбация создает сложный образ тела, а вследствие того, что сексуальная разрядка достигается посредством простой механической активности, образ тела также подлежит механизации. Это явление находит свое выражение иногда в рисунках шизофреников, на которых человеческое тело приобретает форму сложного автомата. Не исключено также, что при формировании такого образа тела играют роль культурные влияния - он достаточно типичен для технической цивилизации. Технический взгляд на жизнь охватывает также и образ собственного тела. Как представляется, однако, при шизофрении существенным фактором является автоматизация сексуальной жизни, основывающаяся на том, что благодаря мастурбации субъект испытывает чувство управления сексуальным актом. Это чувство переносится на все тело, которое становится машиной, подчиненной собственной воле. Здесь имеет значение также шизофренический аутизм, изоляция от окружающей действительности; объектом волевой деятельности является собственное тело, оно превращается в предмет - машину, которой можно произвольно управлять.

В острой фазе больные иногда чувствуют способность управлять своими физиологическими функциями.

Магия. Чувство полного подчинения тела собственной воле обычно связывается с чувством всемогущества, как если бы собственное тело заполняло окружающий мир, - управляя им, больной управляет целым миром. Это напоминает поведение магов, эстрадных гипнотизеров и т. п.: прежде чем приступить к магическому действию, они демонстрируют свою власть над собственным телом - задерживают дыхание, раздуваются, всматриваются в одну точку.

Нельзя, однако, безнаказанно переступить границы власти. Полная власть над собственным телом и миром мстит больному таким образом, что он переходит во власть фиктивного окружения. Из всемогущего властелина он превращается в безвольный автомат, управляемый внешними силами. Он уже не может управлять собственным телом; власть над ним осуществляет кто-то другой. Факт, что рука, нога, рот и т. д. выполняют движения, независимые от собственной воли, склоняет к магической интерпретации мира. Только магия может обеспечивать эффекты, не вмещающиеся в рамках собственного опыта.

Магический аспект тела создается тогда, когда с ним происходят необычные вещи. Необычным воспринимается движение, выполняемое вопреки собственной воле, ибо человек с самого раннего возраста привыкает управлять своими движениями. Необычным является также любое телесное ощущение, как приятное, так и неприятное, причину которого мы не знаем. Неожиданное ощущение болей в области головы, сердца, живота и т. п., характер которых не напоминает ранее испытанных болевых ощущений, возбуждает беспокойство, склоняет к магической интерпретации (в наше время - рак, в прежние времена - колдовство, божья кара и т. п.). Чертой

магии является непропорциональное взаимоотношение причины и следствия; малое усилие - движение руки, произнесение проклятия - дает непредвиденный эффект.

Обладание магическими способностями всегда манило человека. В стремлении к магической власти можно усмотреть проявление лени, желание достичь цели малыми усилиями. Но с другой стороны, это стремление служило стимулом к научным поискам, и результатом этого явилась современная техника. Аутоэротизм дает в определенной степени ощущение магической власти над собственным телом - малым усилием достигается переживание, близкое к экстазу, и при этом нет необходимости преодолевать какие-либо трудности, связанные с завоеванием партнера.

Чувство магической власти над собственным телом небезопасно, поскольку, как уже упоминалось, может распространяться на окружающий мир. В фантазии можно осуществить все что угодно. А когда реальный мир становится невыносимым, может произойти психотическое перемещение чувства действительности. Реальным для субъекта при этом становится мир его мечтаний и сновидений.

Аутоэротизм облегчает перемещение чувства реальности, являясь как бы реальным доказательством того, что малым усилием можно достичь большого эффекта, или того, что действительно обладаешь магической силой.

Если трактовать шизофрению как изменение установки <к>, то ненависть к матери и нарушения сексуальных контактов можно представить как две фокусирующие точки этой установки, началом и концом одного пути. Движение в направлении к матери - первое движение к окружающему миру. В течение всей жизни человек познает окружающий мир, но первая эмоционально-чувственная связь является его основной моделью, несмотря на то что вследствие расширения своего жизненного пространства ребенок все больше от нее отдаляется. Конечным этапом пути к соединению с окружающим миром является сексуальная связь.

В фантазиях и реже в действительности соединение с другим человеком, который становится чувственным представителем всего мира, бывает столь же тесным, как и в первой связи с окружением, т. е. с матерью. Когда человек, вместо того чтобы сближаться с миром, хочет бежать от него, он ищет защиты в исходном, либо конечном пункте установки <к>, т. е. у матери, либо в эротической связи. Трансформация установки <к> в установку <от> в обоих этих узловых точках равнозначна разрыву с жизнью. Она утрачивает свой колорит и вкус, становится серой и мучительной, хотя и может принимать фантастические формы. Форма является выражением конструктивной, творческой установки к окружающему миру (<над>), а цвет - реальной, эмоционально-чувственной с ним связи (<к>, <от>). В темноте мир приобретает разного рода формы, но цвет ему придает реальность дня. При исследовании больных шизофренией с помощью проективного теста Роршаха выяснилось, что форма доминирует над цветом. Шизофренический мир осциллирует между белым и черным; а в состоянии ремиссии становится монотонно-серым. Поэтому он напоминает, скорее, призрак жизни, нежели подлинную жизнь. Отсутствие чувства света и вкуса жизни уподобляет ее <сну смерти>.

После прохождения острой фазы больные часто чувствуют себя <живыми покойниками> и отсюда проистекает их влечение к полноте, которое навязчиво преследовало, например, Ван Гога.

Сексуальная идентификация. В раннем периоде почти каждая девушка и каждый юноша испытывают трудности, связанные с проблемой половой идентификации. Они не чувствуют себя уверенно в своей роли женщины или мужчины, которую недавно приняли, оставив роль ребенка. Девушки нередко завидуют юношам и нередко поменялись бы с ними полом (психоаналитики объясняют это как одно из проявлений комплекса Эдипа - <зависть к пенису>). У мальчиков желание поменять пол на женский встречается редко, хотя в последнее время чаще, чем прежде; обычно оно указывает на выраженное нарушение процесса половой идентификации. Взрослые люди, в общем, также не чувствуют себя стопроцентными мужчинами или стопроцентными женщинами; никогда половая идентификация не бывает идеальной, всегда в ней можно отыскать определенные дефекты, которые выявляются в сознательных переживаниях, либо вытесненных из сознания. Они дают о себе знать в виде невротических или даже психотических симптомов.

Аутистическая установка затрудняет контакты с противоположным полом. При этом отсутствует возможность проверки своей маскулинности либо фемининности. Вследствие этого собственный сексуальный автопортрет реализуется в мире фантазий во сне и наяву. Возрастает неуверенность относительно собственной сексуальной роли. Мучает вопрос: <женщина ли я>, <мужчина ли я>. Иногда молодые мужчины или женщины стремятся преодолеть неуверенность через самоутверждение в работе, спорте, метафизических склонностях и т. п.

Решающим критерием собственной маскулинности или фемининности является сексуальный контакт. Только партнер может развеять сомнения относительно собственной сексуальной роли. Он открывает маскулинность либо фемининность сомневающейся особы. Он принимает ее тело. Большинство больных шизофренией испытывают немалые трудности в завязывании сексуальных контактов, и таким образом оказываются лишенными этого решающего критерия. Отсюда проистекает свойственная им (по крайней мере мужчинам) склонность к героическим поступкам.

Неопределенность идентификации при шизофрении иногда проявляется весьма драматически. У больного возникает впечатление, что его пол изменяется, например, мужчина бывает убежден, что у него растут груди, что гениталии уменьшаются и становятся похожими на женские, изменяется голос, исчезают борода, усы и т. п. Иногда больной ощущает, что у него половые органы противоположного пола, в сновидении он оказывается объектом любовных эксцессов соответственно своему новому полу.

В более слабой форме нарушения идентификации проявляются в форме страха гомосексуального нападения. Гомосексуальные тенденции не являются чем-то необычным в период формирования половой идентификации, т. е. в юношеском периоде; обычно они интенсивно проявляются и постепенно вытесняются гетеросексуальным влечением. Когда вытеснение оказывается не полным, скрытые гомосексуальные тенденции проявляются чаще всего в форме страха перед гомосексуальностью. При шизофрении этот страх возрастает иногда до патологических масштабов и ведет к бредовой проекции.

Вслед за Фрейдом психоаналитики утверждают, что этот страх всегда лежит в основе бреда преследования соответственно формуле: <я его люблю> = <я его ненавижу> = <он меня ненавидит> = <он хочет меня уничтожить>(1). По-видимому, данное утверждение страдает преувеличением, и вряд ли

всякий бред преследования возможно свести к скрытым гомосексуальным тенденциям, но иногда подобный его генезис встречается.

Чаще всего, однако, при шизофрении возникают значительные сомнения относительно собственной маскулинности или фемининности, что обуславливает еще больший страх контактов с противоположным полом; этот страх по схеме порочного круга в свою очередь усиливает неопределенность идентификации.

1. Freud S. A case of paranoia running counter to the psychoanalytical theory of the disease. // Freud S. Collected papers. T. II. London; L. and V. Woolf at the Hogarth Press, 1942. P. 150-161.

В социотерапии больных шизофренией важную роль играет разрыв этого порочного круга. Знакомства с пациентами противоположного пола, возможности которых всегда имеются на психиатрическом отделении, усиливают чувство сексуальной ценности у больного, уменьшают несмелость, учат формам поведения по отношению к потенциальным сексуальным партнерам.

Повседневная жизнь. Повседневные дела, мелкие хлопоты, радости, огорчения, заботы о средствах существования притупляют остроту больших чувств, мечтаний, помыслов. Возвышенные вещи размениваются на мелкую монету малых дел. Положительной стороной этого размена <на мелочь> является уменьшение колебания эмоционально-чувственного напряжения. Известно, какое облегчение от сильных переживаний приносит выполнение обычных, мелких, повседневных дел. Эмоциональное напряжение постепенно получает разрядку в мелких делах и заботах повседневной жизни.

Отрицательной же стороной этого размена <на мелочь> является притупление чувственной, моральной, эстетической и интеллектуальной впечатлительности. Здесь действует принцип перспективы. Мелкие дела в силу их близости преувеличиваются и заслоняют значительность вещей действительно существенных в жизни человека. Возникает ложная, в определенном смысле бредовая, картина жизни, и если она таковой не считается, то лишь потому, что разделяется большинством людей, по крайней мере, составляет содержание их коммуникации. Ибо не существует вполне адекватного способа выражения того, что в действительности человек чувствует, но легко выразить вещи обычные и повседневные (язык больше приспособлен к <разменной монете>, а не к выражению моральных ценностей). Трудно затронуть людей своими переживаниями, трагедиями, мечтаниями. <Разменно-монетный> образ действительности оказывается социально принятым и заменяет действительный. Кто отвергает этот образ, не заботится о средствах существования, принятых формах общения, профессиональных амбициях, мелких успехах, но задумывается о смысле своей жизни, подлинной картине действительности, сохраняет верность своим мечтам юности, большим чувствам, тот легко получает ярлык шизофреника. Но пытаясь объективно оценить подлинность картины мира, можно было бы долго ломать голову, какой из них отдать предпочтение, чей образ мира более адекватен: человека, который всю свою жизнь посвятил реализации своих амбиций, не видя в жизни ничего, кроме служебного продвижения, повышения своего социального статуса, денег, секса и т. п., или того человека, который отвергает поверхностную сторону жизни, а ищет подлинный ее смысл, этому готов посвятить свою жизнь.

Борьба за средства существования, социальную позицию, жизненные успехи

была бы, вероятно, менее brutalной, если бы не преувеличение мелких дел, которые в итоге оказываются не слишком существенными ни для общественной, ни для индивидуальной жизни. Под их воздействием затвердевает <психическая корка>. Ради достижения своей цели люди совершают несправедливость по отношению к другим, пренебрегают чувствами других людей, результатами чужого труда; обманывают себя и других, прикрываясь маской мнимой доброжелательности, общественной моралью, под которой нередко скрываются эгоистические, мелкие цели повседневной жизни. Человек становится безразличным к судьбе людей, с которыми он не находится в непосредственном контакте.

<Райские птицы>. Больные шизофренией имеют в себе что-то от <райских птиц>, не заботятся о хлебе насущном, о приличном внешнем виде, о социальной позиции, профессиональных амбициях и т. д. Их не интересует работа как источник существования и социального успеха. Побуждаемые к работе, они нередко отвечают философской сентенцией относительно бессмысленности труда и жизни. Если работают, то в силу привычки, либо трактуя работу как свою социальную миссию, посвящение себя другим, поле для собственных фантастических помыслов.

Заботы повседневной жизни их мало волнуют: они существуют в обратной перспективе: в то время как обычные люди смотрят близко, они смотрят вдаль. Для них важнее всего смысл жизни, страдания людей, живущих в отдаленных странах, судьба человечества и т. п.

Они не ориентированы на близкие цели; вследствие этого, живя в сообществе, например на психиатрическом отделении, они демонстрируют обстановку более альтруистическую и социальную, нежели, скажем, больные с невротическими расстройствами. По сравнению с последними они менее эгоистичны. Иногда создается впечатление, что именно к больным шизофренией относятся следующие слова: <Не заботьтесь для души вашей, что вам есть, ни для тела, во что одеться: душа больше пищи и тело - одежды. Посмотрите на воронов: они не сеют, не жнут; нет у них хранилищ, ни житниц, и Бог питает их; ... Посмотрите на лилии, как они растут: не трудятся, не прядут, но говорю вам; что и Соломон во всей славе своей не одевался так, как всякая из них> (Евангелие от Луки, 12, 22 - 27).

Шизофренический альтруизм. Мир невротика замыкается в кругу повседневных дел, а мир больного шизофренией, как упоминалось, охватывает круг человечества, весь земной шар и т. п. Вследствие этого в повседневной жизни больной шизофренией значительно менее эгоцентричен, нежели невротик, а также средний психически здоровый человек.

Сравнение общественной жизни на отделениях неврозов и психозов, проанализированное в ходе психосоциометрических исследований, свидетельствует в пользу последних. <Психическая корка> при шизофрении не грубеет, возможно, благодаря тому, что эти больные мало контактируют с окружением, а их впечатлительность сохраняется на уровне детского или юношеского возраста. Они не всегда умеют или желают выразить то, что переживают. Эта впечатлительность может затруднять им установление контактов с окружающими, подобно тому, как нежная кожа затрудняет тяжелую физическую работу. Но там, где больной шизофренией чувствует себя в относительной безопасности, как, например, на хорошо организованном психиатрическом отделении, где он встречает понимание и искреннюю доброжелательность; там свою впечатлительность он проявляет участием в судьбе других пациентов и стремлением помогать им в меру своих

возможностей.

Невротик или <психопат> сохраняет <близорукость> психически здоровых людей; другие пациенты являются для него соперниками в стремлении привлечь внимание врачей и медицинских сестер целиком к своей особе.

Наблюдая общественную жизнь психотиков, и особенно больных шизофренией, создается впечатление, что *societas schizophrenica* является более здоровым, нежели среднее сообщество психически здоровых людей. В нем больше взаимопонимания, искреннего сочувствия, готовности помочь, а не соперничества, интриг, взаимного уничтожения. Если это впечатление верно, следовало бы задуматься, как это возможно, что индивидуальная жизнь значительно отклоняется от нормы, а коллективная оказывается более здоровой, чем среди людей нормальных. Разумеется, можно было бы эту <положительность> шизофренического сообщества объяснить недостатком жизненной динамики, эмоционально-чувственным притуплением и т. п. шизофреническими симптомами, исходя из той посылки, что жизненная динамика и живость чувств выражаются в беспощадности и эгоизме.

Попытку социологического анализа данного явления следовало бы, как представляется, начать с выяснения патологии общественной жизни людей психически здоровых, которую ярко определяет старинное высказывание: <senatores boni viri, senatus autem mala bestia>(1). В случае *societas schizophrenica* это высказывание можно было бы перевернуть с ног на голову, трактуя, разумеется, прилагательные *bonus* и *malus* как определение здоровья, а не добра и зла. Не исключено, что в общественной жизни большую роль играют скрытые черты членов сообщества, явно не проявляющиеся во время индивидуального их наблюдения и ярко выступающие в общественной жизни как результат их суммирования. Таким образом, например, тлеющая почти в каждом человеке бредовая предуготовленность, незримая у индивида, обнаруживается неоднократно в трагической форме в жизни целых сообществ.

Наоборот, в случае шизофренического сообщества такие черты, как впечатлительность, деликатность, стремление вчувствоваться в состояние другого человека и готовность прийти к нему на помощь, которые при наблюдении индивида скрываются за богатой шизофренической симптоматикой, выявляются лишь в сообществе.

1. Сенаторы - добрые мужи, сенат же - дурной зверь (лат.)

Выраженные проявления в сообществе сглаживаются, так как у разных индивидов имеются противоположные знаки: например, ум - глупость, доброта - злость (у здоровых); возбуждение и заторможенность (у шизофреников) и т. п. Напротив, слабо выраженные качества, как, скажем, упоминавшаяся бредовая предуготовленность у психически здоровых лиц и социально позитивные черты больных шизофренией, существуя в малых дозах у всех, подвергаются суммированию.

Неизвестно, разумеется, верна ли данная интерпретация. Во всяком случае шизофреническое сообщество может быть необычайно интересным объектом исследований для социолога, а правильное использование социальных тенденций этих больных сыграет большую роль в их лечении.

Среди больных хронической шизофренией встречаются, правда не часто, такие, которые умеют прекрасно справляться с житейскими ситуациями,

проявляют большую ловкость, умеют великолепно вести дела и даже сколачивают состояние. Несмотря на успехи в повседневной жизни, у них можно обнаружить несколько пренебрежительное отношение к житейским вещам; быть может, именно благодаря этой <легкости> им так везет в жизни. Тем не менее, однако, по отношению к большинству больных шизофренией вполне справедливо высказывание, что <царство их не от мира сего>.

Ложь. Потребность лжи. В норме межчеловеческие отношения требуют сохранения видимости, т. е. маскировки собственных чувств, желаний, мыслей, выбора способов поведения в границах своей социальной роли и соблюдения норм. Эти условия необходимы для сохранения стабильности социальной жизни. С социологической точки зрения создание видимости играет полезную роль, в то время как в психологическом плане это явление имеет значительные негативные моменты. Оно, хотя и влияет стабилизирующим образом на развитие индивида, но может оказывать также и тормозящее влияние.

К числу наиболее негативных последствий надлежит отнести привыкание к неискренности, которое нередко бывает настолько сильным, что человек перестает отдавать себе в этом отчет. И тогда он утрачивает собственную индивидуальность, которая заменяется социальными нормами группы, к которой человек принадлежит; роль, которую он в ней играет, заполняет почти без остатка весь мир его переживаний. Такие люди становятся похожими друг на друга, утрачивая собственную индивидуальность.

В тематике шизофренического мира выражение выступает стремление к правде. Больной шизофренией не может примириться с поверхностной стороной жизни, с внешним, формальным аспектом действительности; он ищет ответ на вопрос: <кто я такой на самом деле и что такое мир, который меня окружает>. К сожалению, этот самостоятельный поиск истины приводит к трагическим последствиям. Видимо, нельзя быть философом в том смысле, чтобы исповедовать философию своей собственной жизнью, а не только словом. Социальные нормы слишком сильны, чтобы даже величайший философ мог быть свободным от них.

Молодежная, как бы романтическая, борьба с нормами и лицемерием социальной жизни в преморбидной истории жизни больных шизофренией обычно более выражена по сравнению со средней популяцией того же возрастного периода. Эта борьба чаще всего принимает форму тихого бунта, внутреннего сопротивления; будущий больной не имеет достаточной смелости, чтобы явно выразить свою позицию; это происходит лишь после вспышки психоза. Реже бунт выражается в неистовом, буйном поведении, С. Ариети определяет такую личность как бурную - storm personality(1).

Сама вспышка болезни является как бы прорывом через внешнюю преграду, социально приемлемую форму личности накопившихся чувств, фантазий мыслей, бывших до той поры скрытыми, которые теперь со всей силой вырываются наружу. Здесь трудно говорить о смелости, так как взрыв происходит сам собой, без сознательного соучастия больного. Больной шизофренией не лжет, не имея, впрочем, к тому и повода, ибо для него вещи, существенные для других, обычных людей, утратили свою ценность, ведь лгут чаще всего для сохранения или улучшения своей социальной позиции. Ребенок обманывает родителей, учителей или ровесников, когда хочет, чтобы они видели в нем, хотя и знает, что это не так, послушного ребенка, старательного ученика, хорошего товарища.

С такой же целью обманывают обычно своих партнеров по игре, работе, сексу, свое начальство и т. д. Благодаря обману можно приобрести чью-либо симпатию, например с помощью подхалимажа, скрыть нечистые помыслы под маской добрых намерений, избежать наказания. Ложь является достаточно выгодным, требующим относительно небольшого усилия способом приспособления к ситуации. Посредством лжи можно обмануть социальное зеркало. Социальное давление в преморбидном периоде шизофрении обычно бывает особенно значительным. Оно парализует движение таких людей, делает невозможным контакт с окружением и приводит к самоизоляции. Быть может, если бы они были более способны ко лжи, дело не доходило бы до столь сильного расщепления между миром собственных переживаний и внешней действительностью.

Положительной стороной лжи является то, что она связывает собственную установку с установкой окружения. Успешно лгать - значит уметь понять намерения окружающих и соответственно приспособить к ним свою экспансию, сохраняя при этом в скрытом виде собственную установку и собственные цели. Это требует не только определенного психологического знания среды, но также принятия требований окружающих в той степени, чтобы быть в состоянии соответственно формировать свое поведение. Это является первым этапом интернализации норм окружения - принятия их как неприятной необходимости. Внутренне субъект относится к ним негативно и придумывает способы, как их обойти. Происходит скрытая борьба между собственной установкой и установкой окружения, при которой, учитывая перевес противника, для виду принимается его позиция. Обманывающий человек складывается как бы из двух слоев: внешнего - согласного, и внутреннего - несогласного с окружением.

Социальное значение лжи велико. Оно заключается в признании правоты более сильного. Обычно таковым является группа, так как группа сильнее, чем индивид. Подчинение, правда, будет лишь мнимое, внешнее, но тем не менее оно обеспечивает более гладкое выполнение социальных норм, нежели в том случае, когда каждый выражал бы свою внутреннюю позицию. Помимо этого всегда есть шанс, что со временем дух борьбы ослабнет. Внешний мир так воздействует на подсознание, что человек начинает верить собственной лжи. Тогда уже можно говорить о полном принятии позиции группы, скрытым противником которой субъект был ранее.

Несмотря на это ложь встречает резкое общественное осуждение. Обманщик дисквалифицируется, теряет кредит доверия. Но лишь разоблаченный обман возбуждает такую реакцию. В сообществах в меньшей или большей степени, в зависимости от традиций данной группы, действует принцип, выраженный в английской поговорке, что джентльмен никогда не лжет и никогда не говорит правды. Осуждаются лишь те, которые попались на обмане.

При этом подрывается принцип ответственности. В социальных отношениях человек с самого раннего возраста наделяется определенной ролью: ребенка, ученика, товарища по играм и т.д. С каждой ролью связан комплекс обязанностей, норм поведения, привилегий и т. п. Принцип ответственности основывается на априорном принятии того, что каждый выполняет свою роль. Это облегчает социальные отношения, так как достаточно знать роль данного человека, чтобы предположительно представлять, чего можно от него ожидать. Не приходится стоять перед чем-то совершенно неизвестным. В сущности это подход технический; ценность предмета определяется

соответственно тому, как он выполняет свою функцию. Никому нет дела до того, как чувствует себя та или иная часть машины. Она лишь должна хорошо выполнять свою функцию, так чтобы вся машина могла работать исправно. Об обмане либо жульничестве говорится, когда данная часть своих функций не выполняет. А если она не оправдывает связанных с ней ожиданий, то это ведет к нарушению работы всей машины.

Предложенное сравнение годится только в тех случаях, когда обман не удается, когда выясняется, что кто-то намеренно вводил окружающих в заблуждение тем, что не представил события в соответствии с истиной, хотя этого от него ожидали.

Обманщик возбуждает агрессию у окружающих, так как он пытался водить их за нос, и его попытки были разоблачены. Удавшийся же обман агрессии не вызывает, ибо принимается окружением за чистую монету. Представление, что человек выполняет свою роль надлежащим образом, не подвергается сомнению. Разоблаченный обман нарушает демонстрируемый образ действительности, который принимается за ее подлинную картину, а потому вызывает беспокойство, раздражение, осуждение. Подобную реакцию вызывает предмет, который оказывается не тем, чем, судя по внешним признакам, он должен был бы быть (например искусственный цветок, муляж пищи, персонаж из музея восковых фигур).

Давление социального окружения вынуждает пользоваться обманом; тот, кто имел бы смелость искренне демонстрировать свои установки, вскоре подвергнулся бы осуждению окружения и исключению из группы. Возникает как бы игра в прятки, в которой индивид, чтобы не быть наказанным, старается принять обязательные в данной группе социальные нормы, сохраняя при этом свою собственную по отношению к ним установку, а группа, хотя и относится с терпимостью к тем, кто хорошо притворяется, но с тем большей суровостью относится к тем, кого поймает на неудачном обмане. Бредовая установка, о которой упоминалось ранее, в большой степени проистекает из осознания того, что под маской внешнего поведения может скрываться что-то совершенно иное.

Бунт против лжи. Одной из черт психологического кризиса ранней молодости является <искреннее негодование> против социальной лжи. Обнаружение лжи у старшего поколения, особенно у родителей, часто является поворотным моментом в чувственном отношении к ним. По мере психического созревания возрастает терпимость к лицемерию в социальной жизни. У больных шизофренией этого не наблюдается. Можно сказать, что они смотрят на вещи слишком серьезно.

В социальных контактах присутствует элемент игры, театра, в котором все время принимаются новые роли, которые исполняются с большим или меньшим убеждением, то лучше, то хуже и в конце концов настолько хорошо, что утрачивается чувство собственного актерства; субъект в ходе исполнения ролей становится самим собой. При этом большое значение имеет основная установка в отношении окружения; когда окружение притягивает и контакт с ним приятен, то обязательные в данной ситуации правила поведения не ощущаются как нечто неприятное; собственная роль вызывает удовольствие, социальная маска не только не стесняет, но ее даже перестают замечать, подобно тому, как не чувствуют на себе одежду, но чувствуют свою наготу.

Напротив, при негативной установке к окружению каждый жест и движение представляются искусственными; человек чувствует себя не в своей тарелке,

сам испытывает ощущение, что ломает комедию.

Люди, сливающиеся со своим окружением или находящиеся на малой от него дистанции, - экстраверты, синтимики либо циклотимики - срастаются также и со своей ролью; она становится их интегральной частью. Напротив, те, кто конституционально более дистанцированы от окружения, более <абстрактные>, - интроверты, шизотимики - никогда не чувствуют себя вполне хорошо в своей маске; всегда она им хоть немного да мешает, все время они чувствуют, что <внутренне> они иные. Они часто готовятся к своей роли, но в контакте с действительностью она оказывается отличной от того, что планировалось.

Больной шизофренией как будто бы не может принять момент игры, существующий в отношениях между людьми и основывающийся на постоянной смене масок в зависимости от ситуации. Эта игра мучает его, вызывает ощущение искусственности самого себя и окружающего мира. Отсюда возникает вопрос: как дело обстоит в действительности, что же кроется под маской, что представляет вещь сама по себе?

Вопрос о том, как дело обстоит в действительности, знаком каждому человеку, а не только будущему шизофренику. Но все это, однако, беспокоит человека лишь в исключительных ситуациях, когда он к своей роли еще не привык, чувствует себя в ней неуверенно. Больной шизофренией, особенно в преморбидном периоде, все время чувствует себя плохо в <собственной шкуре>, т. е. в актуально играемой роли.

Закон автоматизации. Поведение в социальных контактах, или исполнение определенной роли, которая более или менее соответствует тому, что ожидается от нее в актуальном окружении, является по сути одной из организованных форм двигательных реакций. Как и на каждое движение, на него распространяется, закон автоматизации. Пока движение новое, оно находится в центре сознания, и существует большая несоразмерность между его планом и реализацией; план воспринимается как <свой>, а его выполнение - как что-то <чужое>, <не мое> по принципу: <что хорошее - то мое, что плохое - то не мое>.

Когда кто-то учится танцевать, ходить на лыжах, ездить на велосипеде и т.п., у него возникает впечатление, что части тела, задействованные в данной двигательной активности, не слушаются его, он хотел бы что-то одно, а они что-то другое; он не властен над ними, они как бы не принадлежат ему. Собственные движения кажутся ему неловкими, искусственными, чужими. Существует выраженное расщепление между планом действия и его выполнением, между будущим и настоящим, между фантазией и действительностью. По мере овладения этими двигательными навыками они все менее занимают его мысли, чувства, мечты, действия начинают выполняться бессознательно, автоматически; расщепление уже не ощущается, и они становятся интегральной собственностью индивида. Не говорят, что <моя рука пишет> или <мои ноги ходят>, но - <я пишу>, <я хожу>. В период обучения этим навыкам требовалось прилагать большие усилия, чтобы руки или ноги были послушными, так как их движения были хаотическими, и они не слушались своего хозяина. В это время определение: <ноги ходят>, <рука пишет> лучше отражало подлинное положение вещей.

Подобным образом дело представляется в случае более сложных и разнородных форм двигательных реакций в социальных контактах. Достаточно вспомнить трудности, с которыми сталкиваешься, прежде чем войдешь в свою

роль - ученика, товарища по играм, сексуального партнера и т. п. Роль находится в центре сознания, подвергаясь детальному анализу. Существует выраженное рассогласование между будущим и настоящим, между воображаемым действием и его реализацией. Когда доминирует установка <к> окружению, интеракция бывает более живой, роль быстрее подвергается автоматизации; исчезает сознание того, что <следует> вести себя тем или иным образом; человек становится самим собой. При доминировании установки <от> дистанция больше, интеракция слабее, происходит постоянное рассогласование между ролью и <я>; человек <внутри> остается иным, нежели вовне.

Расщепление между <Я> и маской. Постоянное осознание рассогласованности между собственной концепцией <Я> и своей роли с окружением и фактическим положением вещей, т. е. реально исполняемой ролью, является одним из проявлений расщепления. Разумеется, такое расщепление еще не является симптомом шизофрении; оно случается у многих людей в зависимости от их конституции, а также от актуальной ситуации, в которой они находятся. Самый яркий синтоник может чувствовать себя не в своей тарелке, оказавшись в неподходящей для него компании. Трудно определить тот момент, когда расщепление становится патологическим. В поисках дружбы, эротического сближения, духовных контактов, в снижении самоконтроля посредством наркотиков или алкоголя проявляется выраженная тенденция к уменьшению дистанции, отделяющей человека от действительного или фиктивного социального окружения, к сбрасыванию маски, с тем чтобы, хотя бы на момент, оставаться таким, каков он есть на самом деле перед миром, который хотелось бы к себе приблизить. Быть может, в этом проявляется, как утверждают психоаналитики, стремление вернуться в самый ранний период жизни, когда целым миром была мать и непосредственное с ней соединение не было столь трудным.

У каждого человека наблюдается постоянное расхождение между тем, каким он чувствует себя на самом деле и каким оказывается в своей актуальной роли. Временами никакой разницы не ощущается, и человек чувствует себя самым собой; в другое время расхождение между внешним поведением и внутренним переживанием становится настолько большим, что ситуация, требующая определенного поведения, воспринимается с большим трудом. Такая маскировка, хотя и неприятна, требует подчас большого усилия воли, дает, однако, удовлетворение от чувства владения собой и внешней ситуацией.

Патология начинается тогда, когда происходит расщепление между внутренним и внешним мирами. Пропасть между ними становится настолько большой, что через нее невозможно перебросить мост. <Маска>, в которой в нормальных условиях соединяются оба этих мира, и вследствие этого происходит интернализация части внешнего мира, отделяется от <Я>, и человек замыкается во внутренних переживаниях.

Театр жизни. Среди людей сведение жизни к театру является большим упрощением, однако нельзя отрицать, что в каждом человеческом действии, особенно сложном и не рутинном, присутствует театральный элемент. Не зря слово <актер> происходит от латинского <agere> - действовать.

При необходимости действовать человек стоит перед выбором из многих форм активности; одну из них он выбирает и старается выбранную роль исполнять по возможности наилучшим образом. Но помимо выбранной роли существуют также и другие, отвергнутые. То, что было <отыграно> через проецирование вовне, становится частью окружающего мира, и, следовательно, подлежит не

только самонаблюдению, но также и наблюдению со стороны окружения. Вследствие этого собственная активность оценивается с двух сторон, изнутри и снаружи. При самонаблюдении принимаются как точка зрения окружения, так и собственная. Субъект является актером, на которого смотрят чужие люди из зрительного зала и коллеги из-за кулис. Неудовлетворенность собственной активностью возрастает пропорционально степени рассогласования между выбранной ролью и отвергнутыми ролями, между планом и исполнением и между ожидаемой и действительной реакцией окружения. Такое рассогласование наблюдается у некоторых людей еще до начала заболевания. Их мучает неудовлетворенность самими собой, они хотели бы быть кем-то другими. А в роли, которую они вынуждены играть вопреки своей воле, все у них получается иначе, чем они планировали. У них возникает впечатление, что <маска> все время их сковывает.

В отношении к окружению у них имеется выбор одного из двух путей: подчинения или бунта. В первом случае они покорно принимают навязанную им роль и, хотя чувствуют в ней себя плохо, стараются быть такими, какими хочет видеть их окружение. Они покорные, тихие, скромные, обязательные, словом, идеальные дома и вне его. Они боятся выйти за этот круг, так как в нем нормы поведения им знакомы, в то время как за его пределами неизвестно, какую маску <надеть>, каких правил придерживаться. Во втором случае, впрочем более редком, они чувствуют навязанную им роль, бунтуют, делают все наоборот, не подчиняются, нарушают нормы и правила поведения, они также не чувствуют себя хорошо, не являются самими собой. Чтобы чувствовать себя самим собой, необходимо настолько овладеть собственной экспрессией, чтобы о ней не думать, подобно тому, как не думают о том, как ходить, говорить, писать.

В обоих случаях, таким образом, дело сводится к невозможности адекватного контакта с внешним миром. Между будущим пациентом и его окружением возникает как бы преграда, которая делает невозможным нормальное взаимодействие между собственным миром и окружающим. Независимо от того, принимает ли он установку подчинения или установку бунта, внешний мир остается чуждым. Чуждой также становится та часть собственной личности, которая непосредственно соприкасается с внешним миром, то есть его экспрессия, и отсюда проистекает ощущение сковывающей маски и искусственности, расщепление между тем, что чувствует человек внутри, и тем, что он демонстрирует публично.

Аутизм богатый и пустой. Неудовлетворенность собственной активностью во внешнем мире ведет к тому, что активность переносится во внутренний мир; диспропорция между фантазией и действительностью становится все больше. Расщепление между внутренним миром и миром внешним лишь до определенной границы действует стимулирующе; мир нереализованных фантазий, мыслей, чувств не может разрастаться до бесконечности. Наступает момент, когда диссонанс между миром действительным и воображаемым становится столь большим, что начинает действовать обратный процесс - уменьшение фантазий. Человек подчиняется давлению реальности, пытаясь приспособить к ней свой внутренний мир. А поскольку его контакты с действительностью слабые и фрустрирующие, внутренний мир становится серым и пустым.

Е. Минковский(1) предложил различать два вида аутизма: богатый и пустой.

1 Minkowski E. La schizophrénie. Paris; Brouwer, 1953.

В преморбидном периоде полный, или богатый, аутизм соответствовал бы первой фазе расщепления между внутренним и внешним миром, когда человек имеет еще силы противопоставить неудачам в контактах с окружением собственный мир фантазий, который даже под влиянием неудач претерпевает бурное развитие. Пустой же аутизм соответствовал бы другой фазе, в которой собственный (внутренний) мир под давлением реальной действительности обедняется.

Лишь во время заболевания обнаруживается, что это было только затишье перед бурей. Динамика шизофренического мира оказывается тем большей, чем более подавленным был мир фантазий в преморбидном периоде. До тех пор, пока окружающему миру можно противопоставлять свои скрытые фантазии, мысли, чувства и находить убежище в этом собственном мире от напора неприятной действительности, расхождение между обоими мирами остается еще не столь большим, чем тогда, когда внутренний мир должен быть вытеснен из сознания, так как он слишком противоречит тому, что происходит. Быть может, только в сновидении появляются фрагменты этого изгнанного из сознания мира, но убедиться в этом трудно, так как вследствие того же самого противоречия между реальной действительностью и сновидением воспоминание о сновидении отличается крайней неустойчивостью.

Развитие психоза, таким образом, можно объяснить как высвобождение той части собственного мира, которая была вытеснена из сознания реальной действительностью. И реальность этого вытесненного мира тем больше, чем больше было расхождение между ним и окружающей действительностью. У лиц, которые, благодаря своему художественному таланту, до болезни были способны легко погружаться в мир фантазии, шизофрения обычно протекает несколько отличным образом не только в силу большего богатства их внутреннего мира и большей легкости их экспрессии, но также и вследствие меньшего расхождения между фантазией и реальностью. Такие лица более привычны к одновременному движению в сфере реальности и нереальности и благодаря этому как бы легче адаптируются к психотическому миру по сравнению с теми, у кого фантазии оказались подавленными действительностью.

Пустой аутизм в преморбидном периоде, несомненно, более опасен, нежели аутизм полный, поскольку то, что было подавлено и перестало быть содержанием сознательных переживаний, обладает большей динамикой и скорее приводит к психотическому взрыву, к разрушению структуры личности, нежели то, что осталось в сознании и тем самым оказывается ближе к реальному миру.

Во время болезни значение полного и пустого аутизма различно. Давление окружающей действительности не ограничивает мир фантазий, так как чувство реальности перемещается от внешнего мира к миру внутреннему, благодаря чему действительным становится то, что внутри, а не то, что вовне.

Одновременно вследствие разрушения границы, отделяющей собственный мир от окружающего, то, что внутри, проецируется вовне так, что реальным по-прежнему является внешний мир, который, однако, в действительности является отражением внутреннего мира.

Полный аутизм порождается невозможностью выразить то, что переживается, отсутствием соответствующих средств экспрессии, а также неумением и нежеланием окружения понять, почувствовать мир больного. Пустой же

аутизм является следствием постепенного обеднения содержания внутреннего мира больного, который, не получая информации извне, все более и более обедняется.

Высказывание правды. Вспышку психоза можно трактовать как бурное громогласное провозглашение правды. То, что ранее было скрытым и вытесненным из сознания, прорывается на поверхность и занимает пространство, принадлежащее внешнему миру. Больной не нуждается во лжи, чтобы защищаться от напора действительности, ибо действительность преобразуется соответственно ее внутренней истине. В отношениях с людьми главным становится внутренняя сущность человека.

Диссимуляция. Исключение в этой атмосфере правды составляет диссимуляция. Она заключается в том, что больной скрывает свой мир, который является для него единственно истинным. Он отдает себе отчет в том, что выражение перед другими собственных мыслей грозит социальным осуждением - осмеянием, утратой социальной позиции, лишением свободы в результате помещения в психиатрическую больницу.

Диссимуляция возможна только тогда, когда существует двойная ориентация, т. е. когда наряду с действительностью собственного мира принимается внешняя действительность. Обе реальности, хотя и антагонистические, не исключают взаимно одна другую. Такая ситуация может возникнуть на начальном этапе психоза, если его начало протекает не бурно, либо по окончании острой фазы, когда помимо субъективной действительности начинает проявляться действительность объективная. Диссимуляция есть не что иное, как принятие принципа <маски>, т. е. необходимости скрывать собственный мир от окружающих. Как ни трудно догадаться, она усиливается по мере усиления давления окружения, и потому диссимуляция чаще встречается у больных, находящихся в тех психиатрических больницах, в которых психотическое поведение рассматривается как ненормальное и плохое, нежели в тех, в которых доминирует терпимое отношение к больным.

Можно ли жить без лжи? Как говорилось ранее, больной шизофренией не лжет. Однако возможна ли жизнь без лжи? В таком случае человек не мог бы принять никакую из навязываемых ему социальных ролей, так как, чувствуя себя в ней плохо, особенно вначале, открыто бы ее отвергал. Оставался бы, правда, самим собой, но именно потому, что не имел бы внутреннего и внешнего давления, вынуждающего к такому поведению, какого требует данная ситуация, был бы к ней совершенно неприспособленным. Он изменял бы свою установку и свое поведение в зависимости от минутного настроения и эмоционально-чувственного состояния, мимолетной фантазии и т. п., либо был бы фиксирован на одной установке, не учитывая того, что происходит вокруг. Так первым условием интеракции с окружением является принятие, хотя бы видимое, вопреки собственной чувственной установке порядка, доминирующего в данной внешней ситуации.

Разумеется, принять этот порядок легче при позитивной, нежели при негативной эмоционально-чувственной установке к окружению. В случае конкретной установки, т. е. установки, связанной с окружением, проблемы <маски>, в общем, не существует, но она появляется в случае абстрактной установки, т. е. установки, оторванной от окружения.

Тесная зависимость <маски> от дистанции особенно проявляется в социальных отношениях. Там, где они являются официальными, т. е. когда дистанция между членами группы большая, наблюдается жесткая

привязанность к формам: непозволительно снимать <маски>, лицемерие достигает значительной степени; напротив, там, где отношения между людьми непосредственные, легче быть самим собой.

<Маска> облегчает вхождение в трудные ситуации, в которых эмоциональное напряжение могло бы вести к разнообразным формам поведения, включая реакции бегства и агрессии. В таких ситуациях формы поведения закрепляются обществом в виде определенных ритуалов, которые вынуждают индивида к подчинению своих эмоциональных состояний соответствующей <маске>. Ритуал бывает тем более жестким, чем больше потенциальная опасность повреждения <маски> под влиянием эмоционально-чувственного напряжения, например в отношении божества - религиозный ритуал, в военных условиях - воинский ритуал, в отношении высокопоставленных лиц - дипломатический ритуал и т. п.

Действие лжи, основывающейся на ношении той или иной <маски> и соответствующем исполнении роли, имеет большое интегрирующее значение. Человек должен подчиняться определенной цели, соответствующей исполняемой роли. Он должен подавлять в себе противоречивые чувства и стремления, а также заставлять себя действовать и входить в ситуацию, которую предпочел бы избежать. Человек принимает определенный порядок окружающего мира и поддерживает с ним постоянный контакт. Подлинным собой можно быть только в одиночестве, когда человек расслабляется и становится хаотическим конгломератом противоположных чувств, мыслей и фантазий. В эти моменты он теряет свое отражение в социальном зеркале; образ самого себя становится нереальным. Таким образом, единственный путь, ведущий к тому, чтобы быть самим собой, приводит в тупик хаоса и утраты реальности.

Процесс идентификации. Нельзя безнаказанно срывать <маски>, так как это ведет, в конце концов, к пустоте либо к примитивным и неустойчивым переживаниям, связанным с основными биологическими потребностями. Проблема идентификации в сущности является проблемой <маски>. С течением времени роль, вначале чуждая и возбуждающая чувство бунта, становится интегральной частью личности. О нарушенном либо неполном процессе идентификации можно говорить тогда, когда он задерживается на первом этапе, т. е. когда все время ощущается чуждость играемой роли, когда сохраняется убеждение, что внутри являешься кем-то совершенно иным, нежели снаружи.

В преморбидном профиле личности больных шизофренией можно наблюдать именно такое ослабление процесса идентификации. Трудность идентификации связана также с периодом жизни, в котором чаще всего заболевают шизофренией. Это переломный период, в ходе которого за относительно непродолжительное время бывает необходимо поменять предыдущие роли. Требуется отбросить роль ребенка и принять роль женщины или мужчины. Наибольшие трудности в новой роли связаны с проблемами пола и ответственности. В роли ребенка человек становится зависимым, но не осознает ответственности за свои действия, пол - дело важное, но не основное. В молодежном периоде роль ребенка была бы несоответствующей и смешной, а роль взрослого - слишком трудна. Проблемы пола вырастают до катастрофических масштабов, а чувство ответственности осциллирует между крайними установками - с одной стороны, зависимости и поиска опоры, а с другой - бунта против старших и стремления к полной самостоятельности. В молодежном периоде, быть может, сильнее всего ощущается потребность сбрасывания маски, так как ни в одной из ролей человек в этом возрасте не

чувствует себя достаточно хорошо; хочется быть самим собой, не зная в то же время, каков ты на самом деле. Недостаточная идентификация ведет к тому, что в этом периоде вопросы <каков я на самом деле> и <какова моя роль в мире> больше всего мучают и тревожат.

Любовь к истине. Ответ на эти вопросы получают в шизофреническом озарении. При этом начинают ясно видеть свою истинную цель жизни и свое подлинное обличие. Для окружающих это, правда, является бредом, но для переживающего озарение - необычайным даром любви - харизмой, благодаря чему исчезает мучающее каждого человека сомнение по поводу своего образа и смысла жизни.

Вместо многих ролей, разнообразных целей и соответствующих им образов, которые изменяются, как в калейдоскопе, и своей изменчивостью делают невозможным ответ на вопрос <какой я на самом деле> и <какова моя цель>, в шизофрении открывается смысл собственной жизни. А поскольку собственный мир тесно связан с окружающим, в шизофреническом озарении переживается понимание как одного, так и другого мира. В таинственном знаке, магическом слове, осознании собственной миссии замыкается, по убеждению больного, смысл как собственной жизни, так и целого мира. Иногда этот смысл имеет отрицательный знак: больной при этом ощущает пустоту и бессмысленность как в себе, так и вокруг себя. Только смерть может прервать это неприятное чувство.

По контрасту с осознанием подлинной сущности вещей все прочее становится для больного несущественным, фальшивым. Под маской комедии жизни он открывает подлинную роль других лиц и вещей, подобно тому как открыл собственную. Люди и вещи не являются такими, какими они представлялись; он выявил их подлинный смысл; раскрыл кантовское <Ding an sich> (1).

Персеверация. Одной из характерных особенностей шизофренического рисунка, как известно, является орнамент. Один фрагмент повторяется множество раз независимо от содержания и формы рисунка. Подобным образом в поведении больного с монотонной стереотипностью повторяются определенные жесты, гримасы лица, фразы и т.п. Этот род персеверации отличается от того, что встречается при психоорганических синдромах. При <органической> персеверации повторяющийся фрагмент обычно бывает случайным, не имеет большого значения для больного наряду с тем, что облегчает ему экспрессию там, где не достает иных, более богатых средств выражения. Орнамент в этом случае заполняет провал, возникший вследствие утраты более подходящих типов словесной и двигательной экспрессий.

Этому типу персеверации в жизни здоровых людей соответствует выполнение бесцельных движений вроде почесывания головы либо проговаривания ненужных слов, которые заполняют ненужную паузу в потоке активности.

1. <Вещь в себе> (нем.).

Шизофреническая же персеверация соответствует ритуалу. Повторяющийся фрагмент имеет символическое значение - за ним скрывается глубинное содержание, неоднократно заключающее как бы квинтэссенцию тайны жизни. Со временем, однако, сила чувств, связанных с повторяющимся знаком, ослабевает, память о его символическом значении стирается, и он становится лишь пустой формой. Для наблюдателя повторяющиеся формы представляются чудачествами, лишенными какого бы то ни было смысла, так как они не соответствуют формам, общепринятым в окружающем мире. Для

больного, напротив, только они и имеют смысл, а все прочее оказывается пустым, фальшивым. <Каким докучным, тусклым и ненужным мне кажется все, что ни есть на свете!>(1)

Возраст во лжи. Открытие смысла собственной жизни, которое происходит в шизофреническом озарении, всегда несет в себе опасность того, что все иное теряет смысл, становится пустым обманом. Лишь тогда, когда сила <истинного знака> ослабевает вследствие постоянного повторения и угасания шизофренической вспышки, начинают приобретать значение формы так называемой нормальной жизни. Больной старается вернуться к ним. В течение некоторого времени в период двойной ориентации он принимает существование и тех и других. Наконец, он отказывается от болезненных форм, которые становятся лишь воспоминанием. При ремиссии отмечается привкус утраты смысла жизни - обычные формы жизни стали пустыми вследствие открытия во время болезни других форм, <подлинных> с точки зрения пациента.

Часто можно наблюдать, что больной шизофренией имеет в себе что-то от ребенка, который не умеет ни обманывать, ни играть комедию: быть может, именно к нему относятся слова Христа: <Пустите детей приходить ко Мне и не возбраняйте им, ибо таковых есть Царствие Божие. Истинно говорю вам: кто не примет Царствия Божия, как дитя, тот не войдет в него>(2).

1 Шекспир В. Гамлет. Акт 1, сц. 2. Пер. М. Лозинского.

2 Евангелие от Луки. 18, 16-17.

Зависть и власть; <мое> и <не мое>. Зависть, которая наряду с родственной ей ревностью относится к наиболее деструктивным чувствам, связана с желанием владения и обладания, что в языке определяется посредством притяжательного местоимения <мой>. Слово <зависть>, подобно латинскому слову <invidia>, имеет ту же этимологию: <видеть>, <videre>. Однако это - злой взгляд, что отражает приставка <за> либо латинская <in>. Язык здесь достаточно тонко выражает эмоциональное отношение к окружающему миру. На то, что <мое>, и хотелось бы, чтобы <моим> было, смотрят завистливым взглядом. Таким образом, в этом негативном чувстве присутствует позитивный оттенок - борьбы за экспансию собственного мира. Для завистливого человека мир делится на <мой> и <не мой>. В его языке нет местоимений <мы> и <наш>. В основе зависти лежит невротический эгоцентризм. Имеют значение только <я> и <мой>. То, чем обладают и по отношению к чему реализуют власть, усиливает чувство собственной ценности и безопасности. Здесь являешься властелином; с тем, что <мое>, можно делать все, что вздумается. И только этот тип отношения к окружающему миру является источником позитивных чувств. То, что находится за пределами <моего>, возбуждает беспокойство, поскольку уверенным можно чувствовать себя лишь на собственной территории, там, где являешься неоспоримым властителем. С другой стороны, хочется свою территорию расширить, захватить то, что <не мое>, укрепить свою позицию за счет других.

Одиночество властителя. Атрибутом власти является одиночество. Окружающий мир лежит у ног властителя; он может произвольно управлять им; он - его собственность, в противном случае, когда субъект не может им управлять, мир оказывается чуждым, враждебным, возбуждает зависть и страх. И властитель не знает покоя до тех пор, пока не распространит на него свою власть. Плоскость связи с окружением в этом случае всегда наклонная - властитель на вершине, мир - у его ног, либо когда он не находится на своей

территории, когда не может осуществлять власть, его позиция с верхней точки автоматически перемещается в самую низшую. В обоих случаях его преследует чувство одиночества и страха, ибо ни в какой позиции, ни в верхней, ни в нижней, он не имеет дела с людьми, равными себе.

Одиночество на вершине проистекает из того, что все вокруг ниже, не на что опереться, не с кем посоветоваться, приходится решать самому, возникает головокружение от самой власти и в то же время ощущается страх свержения в пропасть. Каждая ситуация, каждый человек могут угрожать власти. Одиночество низшей позиции вызывается тем, что все другие выше, счастливее и сильнее; ими можно только восхищаться, слушать и завидовать им, но нельзя ни понять их, ни быть понятыми ими.

Деспотическая установка. С типичным примером деспотической установки мы встречаемся в раннем детстве, особенно у единственного ребенка в семье. Каждый жест, мина, крик, смех ребенка вызывают немедленную реакцию окружения. Весь его мир, которым в раннем детстве является его мать и который в дальнейшем распространяется на других членов семьи, вращается вокруг него. Однако утрата этого мира делает его совершенно беспомощным. Это - взаимная зависимость господина и невольника. Господин не может жить без своего раба, он погиб бы без него, а раб не может жить без своего господина, ибо он утратил бы цель своей жизни, центр, вокруг которого он вращается.

Плоскость взаимного отношения здесь наклонная: можно восхищаться, осуждать, отдавать приказы, гневаться при их невыполнении и т. д., но нет возможности взаимного понимания - угол зрения слишком острый. Ребенку приходится задирать голову, чтобы видеть своих родителей, а родители вынуждены смотреть вниз, чтобы видеть своего ребенка; в обоих случаях пропорции подвергаются деформации. Мир ребенка - тайна для взрослых, несмотря на то что они сами были когда-то детьми, а мир взрослых - тайна для ребенка. Чертой двучленной семьи (мать - ребенок), которая в нашей цивилизации становится все более типичной, является - вопреки обычно очень сильным амбивалентным эмоционально-чувственным связям - одиночество, обусловленное наклонной плоскостью взаимного отношения.

В социальной жизни примером установки властителя является отношение человека к окружению, которое он стремится подчинить себе, господствовать над ним. В научно-технической цивилизации это извечное стремление человека находит свою реализацию. Познание ограничивается исключительно научным познанием, т.е. таким, при котором субъект полностью господствует над объектом наблюдения и может произвольно манипулировать им в эксперименте. Выражение результатов наблюдения в форме математической структуры обеспечивает максимум господства, так как это - структура, наиболее подвластная человеческому разуму, быть может потому, что сама нервная система, похоже, построена на той же основе. Чувство одиночества, которое столь активно обсуждается в наше время, является одной из основных черт научно-технической цивилизации, девизом которой является властвование над миром.

<Управляю> и <управляют мною>. В жизни индивида проблема власти формируется на основе осцилляции между <управляю> и <являюсь управляемым>. Эта осцилляция бывает тем менее болезненной, чем более плоскость взаимных отношений приближается к горизонтальной. Ребенку легче меняться ролями управляющего и управляемого с ровесниками, нежели с родителями. Легче всего это осуществляется в игре, когда все делается

<понарошку>, и плоскость отношений оказывается горизонтальной.

Благодаря этому, между прочим, игра имеет большое воспитательное значение; она не допускает жесткой фиксированности одной из позиций, учит идентифицироваться с другими ролями. Люди с устойчивыми деспотическими чертами обычно неспособны играть, так как стремятся занять в игре властную позицию, а если им это не удастся, выходят из игровой ситуации. Такое поведение часто встречается у тех, кто был единственным в семье избалованным ребенком.

Аутизм и деспотическая установка. Нередко в основании аутизма лежит неспособность осциллировать между установками <я управляю> и <я управляемый>. Среда, в которой нельзя быть властителем, становится чуждой и враждебной, высвобождает тенденцию к бегству на безопасную территорию, обозначенную местоимением <мой>. Зависть вызывают те, кто свободно двигаются за пределами этой территории. Возникают фантазии о том, чтобы одолеть их и распространить свою власть на чужое окружение. Чем больше упроченной бывает властная установка, тем большим становится расхождение между честолюбивыми фантазиями и действительностью, тем труднее быть побежденным, согласиться с поражением, а способность осциллировать между противоположными установками <над> и <под> является как раз необходимым условием экспансии собственного мира, выхода за границы <моего>.

Фиксированная деспотическая установка приводит в конечном счете к отказу от экспансии в <не мой> мир. В этом отказе можно различить две фазы: зависти и безразличия. В первой фазе субъект отказывается от экспансии за пределы собственной территории, на которой он чувствует себя уверенно, являясь властителем и одновременно фантазируя о том, как хорошо было бы жить на других территориях, и завидуя тем, кто свободно на них передвигается. Чем меньше возможности экспансии и чем больше чувство ограничения собственного жизненного пространства, тем более богатыми и менее реалистичными становятся мечтания. В жизни наяву, однако, существует определенная граница толерантности для собственной фантазии. Структура реального мира, которая формирует мир переживаний каждого человека, действует стимулирующим и одновременно тормозящим образом на мир фантазии.

В конце концов граница толерантности для собственной фантазии оказывается перейденной. Фантазия становится чрезмерно фантастической, странной, жуткой либо комичной, т. е. уже не может соответствовать структуре действительного мира. Можно выдержать лишь минутные столкновения с ней, как в сказке, в которой, вопреки ее поразительным эффектам, целое подчиняется законам действительной жизни. Толерантность к собственной фантазии явно уменьшается с возрастом. Отношение мира <понарошку> к <миру всерьез> у ребенка формируется в пользу первого, хотя бы уже по причине его малого жизненного опыта. Реальный мир, каковым считается мир взрослого человека, для него столь же фантастичен, как мир <понарошку>, ибо он попросту его не знает. Поэтому нередко ребенок с большой настойчивостью вновь и вновь задает вопрос: <как это бывает на самом деле?>.

С возрастом человек учится отказываться от собственных мечтаний как под влиянием контактов с окружением, так и вследствие оценки своих собственных возможностей. Быть может, с наибольшей трагичностью столкновение между мечтой и действительностью происходит в молодежном

возрасте. Человек к этому времени становится достаточно самостоятельным, чтобы пытаться реализовать свои мечты, но с другой стороны, бывает подавлен диспропорцией между мечтой и возможностями ее реализации.

Под влиянием действительности мир мечтаний редуцируется; то, что нереально, смещается на периферию либо вообще исчезает из сознания. Это не означает, однако, что то, что не вписывается в структуру реального мира, полностью исчезает; оно проявляется в сновидениях. Но даже здесь действует давление реальной действительности, то ли в форме <фрейдовской цензуры> сновидения, то ли в форме моментального забывания содержания сновидения тотчас после пробуждения. Структура мира ребенка менее связная по сравнению со структурой мира взрослого. Элементы желаний и фантазий легче смешиваются в ней с элементами реальности: лишь с возрастом граница между действительностью и мечтой становится четкой и герметичной. Так называемая эволюционная незрелость обуславливается помимо прочего сохранением детской проницаемости границы между реальным и нереальным. Желания и фантазии с легкостью принимаются за действительность.

Отношение мечты к реальности является существенным элементом обсуждаемой здесь проблемы власти. Мечта является чем-то наиболее <нашим>; мы имеем над ней абсолютную власть (она утрачивается лишь после перехода от бодрствования ко сну; в сновидении человек оказывается во власти собственных видений). Действительность, можно сказать, является тем, над чем люди не властны, хотя борются за эту власть, оказываясь то побежденными, то победителями. На этом основывается интеракция между собственным миром и миром окружающим. Собственную структуру пытаются навязать окружению, одновременно принимая структуру внешнего мира как собственную. Чувство реальности формируется в этом взаимодействии. Внешнее, реальное оказывает сопротивление. С реальностью можно бороться и отступать перед ней, преобразовывать или отчуждаться от нее.

Чувство реальности формируется на границе контакта собственного мира с окружающим. Нереальны многие собственные мечты, планы, концепции (чем более собственные, тем менее реальны), но также нереальны далекие континенты и эпохи, т. е. те пространственно-временные области, с которыми самому вступать в контакт не приходилось. Реально то, что можно потрогать, что оказывает сопротивление, на что можно воздействовать и что само непосредственно на нас действует. Планы утрачивают свою нереальность по мере их реализации, а отдаленные фрагменты времени и пространства, когда в них начинают жить.

Деспотическая установка тормозит развитие чувства реальности. Взаимодействие с окружением редуцируется к навязыванию ему собственной структуры. При этом не существует нормальной интеракции между установками <к> и <от> - <преобразую> и <меня преобразуют>. <Моим> оказывается только то, чем владеют, что можно произвольно преобразовать. Собственное жизненное пространство сокращается. Но именно вследствие этого сокращения собственного пространства исчезает сопротивление действительности, стирается грань между мечтой и реальностью. Ребенок с деспотическими чертами избегает игры, в которой не может главенствовать, либо приступами плохого настроения навязывает свое главенство. Деспотизм и пониженное чувство реальности характеризуют эмоционально-чувственную незрелость.

Когда собственной территорией становится та часть пространства, в которой субъект является абсолютным властителем, тогда при сохраняющемся еще

чувстве реальности зависть вызывают все те, кто свободно перемещаются на иных территориях, а при ослабленном либо исчезнувшем чувстве реальности сферой действия все более становится мир собственных фантазий, а области <не мои> уже зависти не вызывают, они становятся безразличными, ибо действительность стала бледной и далекой. Безразличие к <вещам мира сего>, таким образом, часто является выражением высокомерия.

Может существовать также ситуация, при которой под давлением реальной действительности мир мечты подвергается постепенной редукции, а деспотическая установка не допускает экспансии в окружающий мир. Тогда человек, лишенный мечтаний, оказывается замкнутым в тесном и пустом жизненном пространстве. Можно предположить, что такой человек лишь в сновидениях находит полную свободу применения; там его пространство не имеет границ. Однако здесь можно лишь строить предположения, поскольку в подобных случаях структура поведения оказывается столь далекой от структуры переживаний наяву, что содержание сна не может быть реконструировано после пробуждения; оно моментально исчезает из памяти, оставляя после себя чувства беспокойства и подавленности.

В отказе от экспансии в окружающий мир, вытекающем из невозможности принятия собственного поражения, можно выделить две фазы: в фазе зависти еще остается надежда завоевания главенствующей позиции в мире, реальность которого принимается; в фазе безразличия действительность окружающего мира становится далекой и чуждой, человек бежит от нее в мир грез либо снов. Таким образом, жизненное пространство человека ни в каком случае не может быть совершенно пустым.

Мечтание можно отнести к тому типу функциональных структур, которые заменяют центральное звено рефлекторной дуги, не задействуя ее афферентных и эфферентных звеньев. Оно относится, следовательно, к той же категории психических явлений, что и мышление, планирование и сновидение, причем в первом и втором случаях тормозящее действие структуры реального мира было бы значительно сильнее, а в третьем - значительно слабее.

Давление реальной действительности ограничивает свободу формирования планов и мыслей. В грезах свобода бывает наибольшей; субъект бывает господином и властителем мира собственных фантазий. Зато в сновидении имеет место обратная ситуация. Правда, актуальная действительность влияет на его содержание и форму в минимальной степени, но в то же время субъект не имеет над ним никакой власти. Напротив, он сам остается во власти сновидения, из-под которой лишь иногда большим усилием воли можно освободиться посредством пробуждения.

Отрываясь от конкретной ситуации, человек получает большую свободу и большую власть над миром даже не конкретным, но более или менее абстрактным. Но эта власть никогда не бывает абсолютной. Наяву она ограничена реальной действительностью и ее специфической структурой, от которых нельзя освободиться никаким способом; во сне же власть переходит от спящего к тому, что порождается его воображением; он становится невольником им же самим созданного. Вероятно, вследствие независимости от воли спящего создания его воображения приобретают характер внешнего и тем самым реального мира. Существенной в этом скачке от деспотизма грез наяву к анархии сновидения является способность сохранения порядка; до тех пор, пока этот порядок может быть сохранен, сохраняется впечатление владения собственным миром, когда же эта способность утрачивается,

собственные функциональные структуры высвобождаются и сами захватывают власть.

Разные уровни интеграции. С нейрофизиологической точки зрения степень функциональной интеграции нервной системы, то есть степень целостного упорядочения отдельных функциональных структур, пропорциональна состоянию сознания. Во время сна или наркоза нервные импульсы, вызванные, например, раздражением рецепторов, даже легче, чем в бодрствующем состоянии, доходят до коры мозга(1). Но в результате снижения интегративной функции нервных клеток, особенно самых молодых филогенетически и, следовательно, самых чувствительных, т. е. корковых, поступающие импульсы не включаются в интегральную работу нервной системы. Только степени интеграции могут быть разными: от интеграции основных вегетативных функций, необходимых для сохранения жизни, через интеграцию основных защитных рефлексов и до интеграции разнородных функциональных структур, созданных и все время создающихся в постоянном информационно-энергетическом обмене со средой, в которой животное стремится к сохранению собственной жизни и жизни вида, а человек помимо этого еще и к навязыванию окружению собственной структуры (установка <над>).

Прекращение контакта с окружающим миром изменяет характер интегрирующей активности нервной системы. Она становится более свободной в том смысле, что автономные элементы, т. е. не входящие в основную функциональную структуру в бодрствующем состоянии, могут включаться в нее во время сна.

1 Yrani R. Receptors and sensory perception. New Haven: Conn.. Yale. 1955.

2 Walsh E. Y. Fiziologia ukladu nervovego. Warszawa; PZWL, 1966.

Такими элементами могут быть разного рода автоматизированные функции, не входящие в содержание переживаний наяву, как и не включенные в это содержание мнемические записи. Поскольку воздействие стимулов из окружающего мира ограничено до минимума, они становятся главными точками кристаллизации, вокруг которых нарастают функциональные структуры.

Нервная система как система власти. Проблема власти и организации является основной проблемой в деятельности нервной системы. Задачи этой системы сводятся к организации и управлению процессами, происходящими внутри организма и между организмом и его средой. Тот факт, что эта интеграционно-управляющая система развивается из того же зародышевого лепестка, что и кожа, указывает на локализацию основного жизненного процесса, т.е. информационно-энергетического метаболизма; он локализуется не внутри, не вовне организма, а на границе между внутренней и внешней средой. Сущностью жизненного процесса не являются ни то, что происходит внутри, ни то, что снаружи живой системы, но то, что происходит между ней и средой.

Нервная система выполняет управляющую и интегрирующую роль в этом процессе взаимодействия. Она определенным образом структурирует процессы информационно-энергетического обмена между организмом и средой. Без этой власти процесс обмена был бы дезорганизован и им начали бы управлять законы, царящие во внешней системе, т. е. в окружающем мире, в результате чего живая система перестала бы быть живой, утратила бы свою

автономность и индивидуальность. В минуту смерти субъект превращается в предмет, а власть, являясь атрибутом жизни, переходит от него к окружающему миру.

Сновидение. Субъективным коррелятором наивысшего уровня интеграции нервной активности во время сна является сновидение. В сновидении основные потребности, связанные с сохранением собственной жизни и жизни вида, в значительно большей степени, нежели наяву, становятся центральной темой, вокруг которой совершенно фантастическим образом группируются прежние воспоминания. Боль, голод, жажда, недостаток воздуха, потребность сексуальной разрядки сильнее, нежели наяву, определяют характер переживаний.

Невозможность действия во время сна, с одной стороны, обуславливает неприятное чувство бессилия - в решающий момент что-то препятствует достижению цели, с другой же, освобождает от вынужденной редукции. Наяву все то, что излишне в актуальной действительности, редуцируется - устраняется из поля сознания; конструкция переживания делается компактной под напором реальности. Пользуясь моделью рефлекторной дуги, можно сказать, что ее эфферентное звено оказывает редуцирующее действие на формирование функциональных структур в ее центральной части и в афферентном звене. Восприятие, мышление, мечтание и т. д. зависят от актуального действия. Освобождение от необходимости действовать даст им большую свободу. Наблюдая, думая, мечтая, человек редуцирует свои действия до минимума: застывает в неподвижности, либо выполняет автоматические движения, не требующие сознательного контроля. Аналогичное поведение можно наблюдать и у животных, когда они за чем-то наблюдают. Еще большая свобода от реальности достигается при изоляции от потока стимулов; человек, думая или мечтая, закрывает глаза.

Такого рода ситуация имеет место во время сна; активность афферентного и эфферентного звеньев рефлекторной дуги редуцируется до минимума. Вследствие этого в ее центральной части достигается как бы большая свобода, функциональные структуры могут формироваться более легко и свободно, ибо не находятся более под редуцирующим давлением информационно-энергетического обмена с окружающим миром. Поэтому в сновидении возникает много образов художественного характера, необычных ассоциаций, которые никогда бы не возникли наяву. Слишком мало еще известны тематика и генезис сновидений, чтобы можно было ответить на вопрос, существуют ли и каковы правила образования сновидений. Факт, что некоторые элементы и конструкции сновидения повторяются независимо от личной и социальной истории (культурного круга) сновидца, свидетельствует о существовании общих закономерностей, связываемых К. Г. Юнгом с коллективным бессознательным(1).

1. Jung C. G. The psychology of dementia praecox. Baltimore, Williams and Wilkins, 1936

- Того же автора. Psychologia a religia. Warszawa.- Ksiarka i Wiedza, 1970.

Ценой, которой оплачивается необыкновенная свобода содержания сновидений, является утрата власти над ними и увеличение проницаемости границы между собственным (внутренним) миром и миром окружающим. Как упоминалось ранее, в мечтах наяву достигается наивысшая власть над своими мыслительными конструкциями, но она утрачивается полностью в сновидении.

Получается так, что определенное давление реальной действительности, существующее во время грез, необходимо для сохранения контроля. В сновидениях исчезает обмен сигналами с окружающим миром и тем самым давление реальности, но свобода от натиска окружающего мира оплачивается попаданием в плен собственных творений воображения. Власть над ними утрачивается, субъект становится зависимым от них.

Во сне исчезает также нормальная граница между собственным миром и миром окружающим. Собственные конструкции проецируются вовне, благодаря чему приобретают черты реальности. Во сне человек живет в им самим созданном мире, хотя совершенно не ощущает себя его творцом, а следовательно, и не воспринимает его как собственный. Если принять за точку отсчета ощущение власти, то можно установить обратную зависимость между чувствами реальности и собственности. С возрастанием чувства власти, возрастает чувство собственности и становится слабее чувство реальности. Моим является то, по отношению к чему я обладаю властью, чем могу управлять, а реальным - то, что оказывает мне сопротивление, по отношению к чему я не имею власти, борюсь за эту власть. Внешний мир реален, а собственный мир мечтаний, мыслей, планов, чувств - в сравнении с ним - нереален. За власть над первым борются, властью над другим обладают.

Гипноз. В гипнозе(1) контакт с внешним миром полностью не прерывается; он сохраняется с гипнотизером.

1. Psychophysiological mechanisms of hypnosis / Red. L. Chertok. Berlin, Heigelsberg: New York. Springer Verlag. 1969.

- Weiuenhoffer A. M. General techniques of hypnosis. New York; Grime, 1957. - Spiegel H. Hypnosis and transference. A theoretical formulation //Archives of General Psychiatry. 1959. T. I, N 6. P. 634-639. - Коротким Н. Н., Суслова М. М. Исследование внушенного в гипнозе условного торможения на известные и неизвестные по смыслу слова - раздражители // Журн. высшей нервной деятельности. 1958. № 6. С. 820-827.

Гипноз напоминает состояние сна(1), при котором бодрствование сохраняется только в точке контакта с гипнотизером. Одновременно выступает интересное явление переноса власти. Подобно сну, в гипнозе человек лишается власти над собственной активностью; она переносится на личность гипнотизера. И сфера его власти может быть значительно шире по сравнению с обычно наблюдаемой в состоянии нормального сознания. Самое большее, на что способен загипнотизированный, - это оказать сопротивление, не соглашаясь на выполнение приказа.

В общем, все авторы, занимающиеся гипнозом, согласны в отношении того, что нельзя заставить загипнотизированного выполнить действия, противоречащие его внутренним убеждениям. Для введения в гипнотический транс, впрочем, необходимо внутреннее согласие человека, которого хотят загипнотизировать. Иногда требуется много предварительных сеансов, чтобы получить результат.

Под влиянием внушений гипнотизера может измениться восприятие стимулов, можно чувствовать боль, холод, тепло, слышать, видеть, чувствовать запах и вкус при отсутствии соответствующих стимулов, либо - наоборот - ничего не чувствовать, несмотря на сильное воздействие на рецепторы (использование гипноза в стоматологии и хирургии). Хотя известно, что обычно рецепторы находятся под постоянным контролем высших центров, так, что на самой периферии поток стимулов подвергается фильтрации, однако эта

фильтрация в основном осуществляется автоматически и восприятие не зависит от нашей воли. Также и синтез воспринимаемых стимулов, несмотря на еще более сильное идущее свыше управляющее влияние, осуществляется автоматически; мы не можем произвольно изменять воспринимаемые образы. Отсюда, в конце концов, проистекает убеждение в истинности воспринимаемого мира; он реален, ибо от нашей воли не зависит, находится вовне <моего>, то есть той части мира, которая подвластна воле.

1. Chertok L. Kramaa. P. Hypnosis, sleep and electroencephalography // J. Nerw. and Mental Dis. 1959. N 128. P. 227-237.

- Фельдеша Ф. А. Шизофрения, шизоидные психопатии и их гипнотерапия // Журн. невропатологии и психиатрии. 1958. № 6. С. 728-733.

Под влиянием приказа гипнотизера можно выполнять движения, которые в нормальном состоянии мы не смогли бы выполнить даже при наибольшем усилии воли, например, так сильно напрячь мышцы шеи, туловища и нижних конечностей, что можно лежать, горизонтально вытянувшись как струна в воздухе и опираясь только головой и пятками на спинки двух стульев, или, наоборот, быть не в состоянии выполнить движения, которые обычно выполняются без малейшего усилия, например, открыть глаза либо поднять руку. Приказ гипнотизера может также изменять разного рода вегетативные активности, которые обычно неподвластны сознательному регулированию, например, изменять работу сердца или сужать кровеносные сосуды (отсюда - возможность бескровного прокалывания кожи или даже мышц, или, наоборот, образования сигналов без каких-либо повреждений).

Под влиянием гипнотического внушения память может быть активирована таким образом, что человек может заново переживать давно забытые картины прошлого. Как известно, этот психический механизм И. Брейер и З. Фрейд(1) использовали с целью очищения (catarsis) больного от травмирующего переживания. Память имеет интегративный характер; из фрагментов прежних мнемических записей создаются новые структуры, необходимые в актуальной ситуации. Только в исключительных случаях прошлое переживание возвращается в своей первоизданной свежести. Такое живое, образное воспоминание, связанное с полным эмоционально-чувственным зарядом первичного переживания, не зависит от нашей воли. Оно обычно возникает под влиянием случайных сенсорных стимулов, чаще всего обонятельной или вкусовой модальности, реже, по-видимому, под влиянием слуховых и зрительных стимулов. Такое явление типично для эпилептической ауры и может быть вызвано также при стимуляции височных долей головного мозга(2). Исследование памяти с использованием гипноза показывает, в сколь малой степени активизируется образная память в нормальной жизни. Загипнотизированные могут цитировать страницы когда-то прочитанного текста, причем даже на незнакомом языке.

1 Breuer Y., Freud S. Studies on hysteria (1895).New York: Basic, 1957.

2 Penpeld W., Gaspers H. Epilepsy and the functional anatomy of the human brain. Boston. Little 1954.

Перенесенная на гипнотизера власть охватывает, таким образом, те зоны, которые в нормальной жизни власти свободной воли не доступны. Быть может, с помощью длительных, специальных упражнений (более разработанных в культурах Востока, нежели в западной культуре) на них можно распространить действие сознательной власти.

Заслуживает внимания также и то, что степень суггестии увеличивается по мере нарастания сенсорного утомления. Существует взгляд, что гипноз является регрессией от нормального логического мышления к архаическому. (1)

Власть при шизофрении. Власть больного шизофренией над окружающим миром крайне слаба. Он чувствует себя в нем неуверенно и вынужден прилагать много усилий, чтобы удержаться на поверхности жизни. Поэтому его власть переносится во внутренний мир - мир нереализованных мечтаний, чувств, планов и мыслей. Здесь больной получает свою компенсацию за недостаток власти в реальном мире, ибо здесь его власть достигает всей полноты. Однако эта полнота власти сохраняется только до момента нарушения границы между собственным миром и окружающим. Все, что клубилось внутри, вырывается наружу, становясь реальным миром. Но вследствие хаотичности всех этих психических элементов и их выбрасывания вовне, они перестают подчиняться воле больного. Эти переживания слишком хаотичны, чтобы ими можно было управлять и тем самым осуществлять над ними свою власть. Будучи выброшенными во внешний мир, они как реальность оказывают сопротивление воле больного. В этом и состоит поглощенность психотическим миром. Случается, правда, особенно в острой фазе шизофрении, что больной сохраняет власть над своим миром, который вследствие нарушения упоминавшейся границы становится вселенной; он чувствует свое божественное всемогущество, все вокруг видит и всем владеет. Однако такое бывает нечасто, обычно больной сам оказывается во власти мира, который вырвался из глубин психики и занял пространство внешнего мира.

1 Meares A. A working hypothesis as to the nature of hypnosis // Archives of Neurology and Psychiatry. 1957. N 5. P. 549-555.

<Бренные> дела, реальный мир не интересуют больного (совершенно не интересуют в острой фазе, и в общем, интересуют слабо в фазе адаптивной или хронической), ибо бледнеют в сравнении с вещами психотического мира. Как уже подчеркивалось ранее, царство шизофреническое <не от мира сего>.

СТРУКТУРА

Структура - это организация отдельных элементов в определенную систему. Сваленные в кучу кирпичи - это просто груда кирпичей и ничего более. Сложенные же в определенном порядке кирпичи могут быть великолепным строением. Атомы, связанные в разнообразные структуры, создают богатство различных химических соединений, каждое из которых характеризуется определенной химической индивидуальностью. Структуру как целое, таким образом, образуют отдельные элементы. Между ними существует функциональная зависимость, т. е. изменение положения или состояния одного элемента влияет на остальные. Только функционально связанные элементы образуют структуру, иные избыточны.

Квадрат можно нарисовать посредством бесконечного множества точек, но его структура определяется только четырьмя точками, определенным образом расположенными на плоскости. Изменение положения одной из них превратит квадрат в иную геометрическую фигуру. Структура, таким образом, зависит от отношения между элементами, а не от самих элементов. Геометрическая фигура остается той же самой, независимо от того являются

ли ее элементами звезды, камни или световые точки, возникающие при нажатии на глазные яблоки. Растение, животное или человек остаются самими собой, несмотря на то что в течение относительно короткого времени ни один атом в их организме не остался тем же самым. В каждый момент времени переживается что-то иное, но при этом человек не утрачивает чувство того, что он по-прежнему остается тем же самым.

Процесс жизни основывается на постоянном обмене энергетических и информационных элементов между организмом и его средой. Из этих элементов организм создает свою собственную уникальную структуру, которая определяет его индивидуальность и неповторимость. Когда все в ходе информационно-энергетического обмена подвергается изменению, структура в основном остается той же самой.

Сущностью структуры является определенный порядок. Структура противостоит энтропии, т. е. стремлению материи к неупорядоченному движению. Чем сильнее тенденция к такому противостоянию (отрицательная энтропия), тем более сложной становится структура. Структура живых существ значительно сложнее по сравнению со структурой объектов неживой природы и технического мира, а в свою очередь, решающим фактором эволюции в живой природе является усложнение ее структур, начиная от простейших и кончая человеком.

Специфическая структура определяет индивидуальность данной системы. Чем она сложнее, тем сильнее выражена индивидуальность и неповторимость данной системы. В неживом мире и мире техническом эти черты выражены лишь слабо и случайным образом. В живом мире они представляют уже постоянный атрибут и тем более выражены, чем выше уровень филогенетического развития. С наибольшей выраженностью они наблюдаются у человека. С точки зрения энергетического метаболизма человек не слишком отличается от других высших форм живого мира. *Differentia specified*(1), по-видимому, определяется информационным метаболизмом. С ним же связаны так же индивидуальность и неповторимость человеческой природы. Если сохранение определенного порядка (структуры) в энергетическом метаболизме не требует усилий, по крайней мере сознательных, и реализуется посредством сложных автоматизмов, то сохранение порядка в информационном метаболизме связано с постоянным усилием. Правда и здесь многие функции становятся автоматическими по мере их повторения и, следовательно, выполняются бессознательно (например, ходьба, речь, письмо), однако, каждая новая форма интеракции с окружением связана с усилием, необходимым для отбора информации, поступающей извне и изнутри организма (концентрация внимания) и правильным выбором соответствующей формы поведения из многих возможных (сознательный выбор - акт воли).

Нервная система человека обеспечивает необычайное по сравнению с миром животных богатство функциональных структур. Значительно большая часть из них, вероятно, создается без участия сознания. Известно, сколь важную роль в возникновении новых идей играют бессознательные процессы. Из них возникают образы сновидений. Они в значительной степени определяют модель нашего поведения. То, что достигает сознания, является лишь малой частью необычайно сложных процессов информационного метаболизма. В этих процессах интегративное усилие в значительной степени не является сознательным. Однако того, что доходит до сознания, вполне достаточно для того, чтобы отдавать себе отчет, сколько усилий требует поддержание порядка в хаосе противоречивых чувств, представлений, планов действия, способов видения окружающей действительности и самого себя. Сознательное

интеграционное усилие, которое кристаллизуется в волевом акте, является, по-видимому, достаточным доказательством того, что противостояние энтропии является делом нелегким.

В субъективном отражении информационный метаболизм ощущается как напор впечатлений из внешнего и внутреннего миров, которые человек с большим или меньшим напряжением постоянно упорядочивает и благодаря которым переживания человека постоянно изменяют свою тематику и колорит. Но несмотря на эту изменчивость, сохраняются постоянство и индивидуальность человека. Его идентичность в этом непрерывном хаотичном фильме жизни сохраняется.

Три элемента структуры <Я>. При обсуждении структуры мира переживаний стоит обратить внимание на три ее основных элемента: на центральный пункт, т. е. <Я>, на границу, отделяющую внутренний мир от внешнего, и на специфический пространственно-временной порядок, соответственно которому организуются переживания. Принимая, что каждый феномен жизни связывается с переживанием или его субъективной стороной, следует полагать, что чувство собственного <Я> представляет собой наиболее первичное явление. В этом чувстве отражается противостояние окружающему миру и одновременно непрерывность индивидуальной жизни. Каждый живой организм сохраняет свою индивидуальность, т. е. свою специфическую организацию, противопоставляя ее окружению, предельным выражением которого является хаос (энтропия). Борьба за сохранение собственной организации длится всю жизнь, с чем и связано чувство непрерывности <Я>. Ощущение того, что <я чувствую>, <я живу>, <я действую>, является, по-видимому, наиболее первичной формой субъективного аспекта жизни. Разумеется, мы не знаем, в каких формах оно выражается у животных.

У человека <Я> - это центральный пункт его мира переживаний. Вокруг него группируются отдельные психические факты соответственно координатам времени и пространства. С <Я> связаны прошлое, настоящее и будущее время, а также пространственные измерения: вперед - назад, вверх - вниз, влево - вправо. Когда все вокруг человека и в нем самом изменяется, чувство, что <я есть Я> остается неизменным; идентичность человека сохраняется.

Граница. Подобно тому, как ядро клетки тесно связано морфологически и функционально с ее оболочкой, <Я> интегрально связано с границей, отделяющей внутренний мир от внешнего. <Я> является субъектом, который принимает то, что поступает извне и высylает то, что внутри, во внешний мир. Для того чтобы сложные жизненные процессы, в особенности процессы информационного метаболизма, стали переживанием, должно быть задействовано <Я>. В этом проявляется его интеграционная роль. Подобно тому, как клеточное ядро управляет жизненными процессами организма и его информационно-энергетическим обменом со средой, так <Я> играет роль центра, управляющего переживаниями человека. Многие виды активности организма не достигают сознания либо осуществляются на его периферии; эти процессы не являются переживаниями либо переживаются лишь в слабой степени; они не связаны с <Я> либо связаны лишь крайне слабо и отдаленно. К таковым относятся вегетативные функции и автоматизированные действия. Отсюда возникает впечатление их объективности - <не я их ощущаю и выполняю, но мое тело>.

От напора стимулов, подступающих из внешнего и внутреннего миров, нервная система защищается посредством механизмов фильтрации

(барьеров). Таким образом выражается ее защитная и охраняющая роль, связанная с тем, что, так же как и кожа, она образуется из внешнего зародышевого лепестка (эктодермы). Мы охраняем также собственные переживания от любопытства окружающих, надевая маски, соответствующие его ожиданиям. Таким образом, возникает schisis (расщепление) между переживанием и его внешней экспрессией.

Пространственно-временная система иерархия ценностей. Аналогично тому, как субстанции, поглощаемые организмом, разбиваются в нем на простейшие элементы, из которых организм строит собственную структуру, стимулы, действующие на организм, редуцируются до простейшего сигнального элемента, т. е. нервного импульса. Роль нервной системы сводится к барьеру, в котором разнородная информация, поступающая из окружающего мира, а также изнутри организма, трансформируется в разнообразные функциональные пространственно-временные структуры нервных сигналов. Образ окружающего мира зависит, следовательно, от уровня как филогенетического, так и онтогенетического развития нервной системы; человек видит мир иначе, нежели животное, а взрослый - не так как ребенок. Еще неизвестно, в какой степени пространственно-временная структура нервных импульсов, т. е. информационного метаболизма, влияет на морфологическое формирование организма. Информационный метаболизм по мере филогенетического развития начинает доминировать над метаболизмом энергетическим.

В субъективном ощущении помимо пространственно-временной системы важную роль играет система ценностей. По всей вероятности, существует видовая иерархия ценностей, иерархия, обусловленная генетически уже в границах одного вида и, наконец, у человека, пожалуй, важнейшая иерархия, формирующаяся в течение жизни (онтогенетическая).

Основные симптомы шизофрении. Шизофрению справедливо называют <дельфийским оракулом> психиатрии. Очень много психиатров посвятило свою жизнь разгадке этой таинственной болезни, и многие из них под конец своей жизни отдавали себе отчет в том, что цели своей не достигли, что усилия их в большей мере оказались напрасными. До настоящего времени, пожалуй, наиболее верное понимание основных характеристик шизофрении мы находим у Е. Блейлера, который обозначил их посредством двух основных симптомов: аутизма и расщепления.

Патология границы аутизм. Проще всего описать указанные симптомы в связи с нарушениями структуры шизофренического мира. Аутизм - явление, противоположное информационному метаболизму. Человек избегает контактов с окружением, замыкается в себе, живет в своем собственном мире, сторонится людей, что, разумеется, ведет к ослаблению информационного обмена с окружением. У каждого человека случаются моменты такого избегания социальных контактов, например, если человек плохо себя чувствует в какой-то компании, желает сосредоточиться на какой-то проблеме, если утомлен и ищет уединенного места, чтобы отдохнуть т. п. Такое периодическое <дозирование> аутизма бывает даже необходимо, чтобы хотя бы переварить информационный материал, который непрерывно поставляется жизнью. Каждому, вероятно, полезна определенная доза созерцания.

В жизни больных шизофренией часто еще задолго до начала заболевания, обычно начиная с пубертатного периода, наблюдается постепенное возрастание аутистической установки. Эти люди с ранней молодости, а иногда

с детства, чувствуют себя иными, чужими, непонимаемыми; у них наблюдается преимущественно боязливое отношение к своей среде, иногда бунтарское или дурашливое. Во всяком случае можно сказать, что с ранних лет жизни у них доминирует установка <от> окружения. Часто они бывают <идеальными> детьми, лучшими учениками, примером для других. Но под этим идеальным подчинением давлению окружения часто скрывается страх, отсутствие спонтанности, невозможность установления эмоционально-чувственных контактов с окружением и чувство одиночества и инаковости.

Описанный тип преморбидной <линии>, правда, не является правилом - шизофрения встречается также и у лиц с явно синтоническим профилем личности (доминирование установки <к>) - тем не менее, однако, он достаточно типичен. Таким образом, можно предполагать, что уже до начала заболевания, стирается граница, отделяющая собственный мир от окружающего. Это не означает, что молодой человек становится менее впечатлительным; напротив, его впечатлительность усиливается, и на основе действия механизма порочного круга вследствие повышенной впечатлительности он замыкается в себе. Уменьшается его взаимодействие с окружением. Оно осуществляется механически, т. е. не ангажируя в полной мере его <я>. В результате молодой человек часто не делает и не чувствует того, что хотел бы делать и чувствовать, при этом видит себя как бы со стороны. Жизнь перестает быть для него переживанием и он постепенно утрачивает то, что Е. Минковский называет <le sentiment lu vecu> (чувство жизни).

Разрушение границы. Наконец, наступает критический момент вспышки психоза; его можно определить как повреждение границы. Закон информационного метаболизма сильнее аутистических тенденций. Когда отсутствует подлинный обмен с окружением, тогда создается обмен фиктивный. Будучи не в состоянии жить в реальном мире, человек начинает жить в мире бредовом. Подобное явление в определенной степени может иметь место в нормальных условиях. Когда человек оказывается в одиночестве, его мир заполняется фиктивными образами, ситуациями, людьми. Мы говорим, что человек предается грезам. Однако при этом он всегда отдает себе отчет в иллюзорности созданного им мира и может снова вернуться в реальность.

В сновидении, когда человек изолируется от реального мира, граница, отделяющая внутренний мир от окружающего, оказывается нарушенной; то, что происходит внутри, выбрасывается вовне. В отличие от грез сновидением невозможно управлять; оно не зависит от воли сновидца, и потому оно утрачивает характер фиктивности (ибо фикция является чем-то созданным, а значит искусственным). С другой стороны, в противоположность реальному миру в сновидении субъект не имеет никакого влияния на происходящее; сновидец - бессильный наблюдатель, а не действующий субъект. С реальным миром можно бороться, побеждать и быть побежденным, изменять его и самому подвергаться его воздействию, по отношению же к сновидению человек бессилен, он захвачен и одержим им.

Разрушение границы между внутренним и внешним миром в шизофреническом психозе более близко к тому, что имеет место в сновидении, нежели к тому, что происходит в грезах наяву. Больной оказывается захваченным новым психотическим миром психоза и не имеет на него влияния. Степень выраженности зависит от того, вспыхивает ли психоз остро или развивается постепенно. За исключением очень острых психотических состояний, сознание остается сохранным. В этом состоит

основное различие между сновидением и психозом. Биоэлектрический ритм мозга соответствует состоянию бодрствования, а не сна.

Эмоционально-чувственная проекция. Подобно тому как в клетке с поврежденной оболочкой субстанции извне начинают проникать вовнутрь, а изнутри - вовне, так и у больного внутреннее содержание переходит вовне и становится реальным миром, и наоборот, внешний мир становится его собственным внутренним миром.

Легче всего границу, отделяющую внешний мир от внутреннего преодолевают чувства. В зависимости от эмоционально-чувственного состояния человек по-разному воспринимает окружающий мир и самого себя. Колорит не имеет резких границ между внутренним миром и миром внешним. Но у здорового человека почти всегда возможна коррекция образа реальности, принятие поправки к ошибке, связанной с эмоциональным состоянием.

Эмоционально-чувственная проекция основывается на том, что чувства, питаемые по отношению к какому-либо лицу, выбрасываются вовне и как бы приклеиваются к нему. Создатель этого понятия, З. Фрейд, выразил это уравнением: <я ненавижу = он меня ненавидит>. Такого рода проекция достаточно типична для бредовых состояний и различного рода бредовых установок. Эти последние можно наблюдать как между отдельными людьми, так и между целыми группами столь часто, что трудно относить их к явной патологии.

В шизофрении чувства часто подвергаются генерализации; исчезает нормальная чувственная дифференциация. Вследствие этого питаемое в данную минуту чувство может как бы прилипнуть к совершенно безразличному лицу, либо к человеку, не вполне заслуживающему его. У шизофреников конкретный образ деформируется под влиянием чувства. Он приобретает реальные черты, согласующиеся с эмоционально-чувственной установкой больного.

Под влиянием шизофренического эмоционального колорита рождаются как бы совершенно новые фигуры - крайне чудовищные либо крайне прекрасные. Эта полярность вытекает, вероятно, из того, что в предболезненном периоде бедность эмоционально-чувственных контактов с окружением явилась причиной недостаточного развития качественной и количественной дифференциации чувств, что обусловило сохранение гипертрофированных эмоционально-чувственных установок. Помимо того, подавление чувств способствует их аккумуляции. Поэтому социальное окружение больного шизофренией складывается из ангелов и дьяволов, людей необычайно прекрасных и необычайно безобразных, друзей и заклятых врагов и т.п. Социальный мир становится черно-белым.

Эмоционально-чувственная интроекция. Эмоционально-чувственные состояния могут иметь обратное направление - от окружения к больному. Чужие психические состояния как бы проникают во внутренний мир больного. Он может чувствовать, что некоторые лица из его социального окружения прямо-таки входят в него, что в течение минуты, а иногда и более длительного времени он перестает быть собой, а становится данным лицом (транзитивизм). Чаще, однако, наблюдается лишь вторжение чужого чувства.

Некоторая иррадиация чувств наблюдается также и при нормальных контактах между людьми; чувства, особенно сильные и с отрицательным знаком, легко переносятся с одного лица на другое. В шизофрении это

явление бывает значительно более выраженным. При этом чужое чувство больной ощущает либо как собственное, либо как чужое. Во втором случае неприятно переживается чуждость эмоционально-чувственного состояния; часто больной защищается перед вторжением этого чужого чувства, но, как правило, безуспешно.

Бред и галлюцинации. Наиболее сильное впечатление на окружение обычно производит бред и галлюцинации больного. Факт, что больному <видится> и что он <заговаривается> чаще всего приводится в качестве доказательства психической болезни. Бредово-галлюцинаторный мир больного становится менее поразительным, если за его исходную точку принимать повреждение границы, отделяющей собственный мир от окружающего.

В случае чувств явление перехода изнутри вовне (проекция) и, наоборот, извне вовнутрь (интроекция) не слишком удивительно, поскольку и в границах нормы, хотя и в значительно более слабой степени, нежели при шизофрении, это явление также наблюдается. Зато в сенсорной картине мира (иллюзии и галлюцинации), а также в сфере мышления (бред) подобные явления оказываются более впечатляющими, ибо сенсорно-мыслительная картина мира создается в непрерывном взаимодействии с окружением. Активность обуславливает то, что окружающий мир приобретает черты реальности, оказывая сопротивление действию; человек навязывает ему свою форму действия и сам подвергается формированию со стороны окружения. Чувство реальности связано с активностью.

Аутистическая установка, часто наблюдаемая в преморбидном периоде больных шизофренией, уменьшает уровень активности, особенно спонтанной. В связи с этим уже до начала заболевания у этих людей можно наблюдать пониженное чувство реальности. Этим люди с психастеническим, шизоидным, интровертивным профилем личности отличаются от людей стенических, синтоников, экстравертов.

Вынужденная активность, которая часто наблюдается у будущих шизофреников (<идеальный ученик>, <вундеркинд>), как представляется, не влияет на формирование чувства реальности; она осуществляется механическим способом; в ней не достает спонтанного отношения к окружению. Больные шизофренией, таким образом, в определенной мере предрасположены к развитию галлюцинаторно-бредовой картины мира.

Принимая во внимание необычайную силу чувств, типичную для начальной фазы шизофрении, можно допустить, что они играют главную роль в формировании нового, нереального образа мира. Если чувства создают его колорит, а мыслительный образ его форму, то можно допустить, что под влиянием необычайно яркого колорита возникает новая, нереальная форма.

Человеческий мир является прежде всего социальным миром, поэтому при шизофрении на первый план выступает социальная деформация. Люди, в отношении которых больной обычно с самых ранних лет испытывает чувство страха, приобретают пугающие черты: изменяют свои лица, они шпионят, плетут заговоры, осуждают, карают. Бред преследования и вербальные галлюцинации доминируют в картине болезни.

Обоняние в мире животных (по крайней мере у большинства из них) играет важную роль в основной ориентации (принятие установки <к> или <от>). Обоняние определяет выбор: приближаться или бежать. Аналогичный выбор уже в момент контакта в том месте, где начинается поглощение окружающего

мира. т. е. полости рта, осуществляется на основе вкусовых сигналов. Обонятельные и вкусовые галлюцинации по частоте распространенности при шизофрении занимают второе место. Обычно они являются выражением основной эмоционально-чувственной установки к окружению или к самому себе. При обонятельных галлюцинациях второй случай встречается чаще; больному кажется, что он издает какие-то неприятные запахи, которые ощущают окружающие. Реже необычный запах является предостережением больному о грозящей ему опасности либо признаком необычности ситуации, например в экстатических состояниях. В случае вкусовых галлюцинаций обычно дело касается предостережения об опасности; чаще всего они связываются с бредом отравления.

Сновидение можно было бы определить как физиологическую зрительную галлюцинацию. В психопатологии зрительные галлюцинации также чаще всего встречаются при нарушениях сознания. Такие нарушения случаются в острой фазе шизофрении, однако зрительные галлюцинации чаще являются выражением пониженного чувства реальности. В темноте все становится неопределенным, смещается к границе между реальностью и иллюзией.

Тактильные галлюцинации, болевые, а также ощущения, возникающие на поверхности тела при шизофрении, обычно бывают связаны с ощущением, что чуждые силы действуют на тело больного. Это связано с выраженным нарушением чувства реальности.

Галлюцинации, идущие изнутри тела,- нередкое явление при шизофрении. Чаще всего они бывают связаны с ипохондрическим бредом либо с чувством внешней угрозы (радары, космические лучи, специальные аппараты, действующие на больного).

Образ собственного тела, подобно образу окружающего мира, при шизофрении может претерпевать всевозможные трансформации. Поскольку возможности проверки правильности образа собственного тела меньше по сравнению с образом окружающего мира, при медленно развивающихся шизофренических процессах мы достаточно часто встречаемся с ипохондрическим бредом. Изменение восприятия внешнего мира, по всей вероятности, требует большей динамики болезненного процесса по сравнению с восприятием собственного тела.

Галлюцинации, шокирующе действующие на окружающих, а также и на самого больного в том случае, когда он отдает себе отчет в их патологическом характере, все еще остаются в психиатрии открытой проблемой. Известно, что они могут быть вызваны даже минимальными дозами некоторых препаратов, часто возникают в условиях депривации и легко появляются в состояниях помраченного сознания.

Во всяком случае, относительная легкость деформирования образа окружающей реальности свидетельствует о том, что наше восприятие не является таким надежным и устойчивым, как нам представляется в результате привыкания к определенной картине мира. Не следует забывать, что эта картина зависит от устройства нервной системы, что все стимулы, воздействующие на организм, трансформируются в нервные импульсы, а их своеобразное размещение в пространственно-временной сетке отражает то, что мы привыкли воспринимать как реальную действительность. Образ мира не является таким определенным, как нам кажется. В конце концов, современные открытия физики дают нам картину, значительно отличающуюся от того, что нам известно из непосредственно-чувственного опыта.

Еще более ненадежен мысленно формируемый образ как окружающего мира, так и собственной личности. Известно, сколь сильно он зависит от влияний среды, культурного наследия и т. п. Быть может, именно в силу неопределенности этого образа человек так склонен его защищать, а любые отклонения от общепринятой концепции действительности возбуждают в социальном окружении страх и агрессию.

Транзитивизм. Как при галлюцинациях, так и в случае бреда пересечение границы направлено от внутренней сферы во внешнюю. Обратное направление - от окружающего мира во внутреннюю сферу - также не редкий случай при шизофрении. Быть может, он только менее заметен, поскольку окружающий мир является чем-то общим для всех людей; его структуру нельзя безнаказанно нарушать, в то время, как внутренний мир является чем-то личным, и других людей не касается, что в нем происходит.

Классическим примером такого рода пересечения границы является транзитивизм. У больного возникает впечатление, что другое лицо (реальный человек, кто-то из близких, либо посторонний, либо воображаемый персонаж) входит в него. Больной на это время перестает быть самим собой и становится именно этим персонажем и обычно ведет себя соответствующим образом. Характер его переживаний уподобляется переживаниям этого другого лица. Причем происходит искусственная интеграция переживаний; если до этого переживания больного были хаотическими, в них царили бездействие и пустота, то с момента вторжения происходит упорядочение, соответствующее особенностям, характерным для образа, проникающего в психику больного.

Иногда случается, что в психику больного проникает не человек, но какое-нибудь животное и даже неодушевленный предмет. Больной, например, чувствует себя собакой, деревом, табуретом и т. п.

Описанное явление, при всей его необычности, в слабой степени выраженности может наблюдаться и у здоровых людей. Интернализация(1), т. е. принятие разного рода социально-культурных ценностей извне и постепенное присвоение их таким образом, что в конце концов они становятся своими собственными, тоже, по существу, основывается на пересечении границы между внутренним и внешним миром, только в этом случае данный процесс протекает постепенно, а при шизофрении - стремительно и бурно. В мистических состояниях наблюдается внезапное вторжение божества во внутренний мир человека. В большинстве религиозных систем соединение с божеством является конечной целью. Вождь иногда может увлечь за собой огромные массы людей. Его сторонники впитывают в себя его идеологию, а вместе с ней, по крайней мере частично, и его личность. Это облегчает им внутреннюю интеграцию; иметь искусственную упорядоченность внутреннего мира лучше, чем не иметь никакой.

1. Faibaim W. R. D. An object-relation theory of personality. New York; Basic, 1954.

Внезапное пересечение границы не является, следовательно, исключительным атрибутом шизофрении. В биологической модели это явление можно было бы сравнить с ситуацией, когда, например, ядерная субстанция, т. е. дезоксирибонуклеиновая кислота (ДНК) вируса проникает вовнутрь бактерии, и с этого момента бактерия перестает быть <самой собой>; ее метаболизмом управляет ДНК вируса, вторгнувшегося в ее внутреннее пространство.

Ding an sich. Граница, отделяющая окружающий мир от собственного, обеспечивает определенную интимность того, что происходит во внутреннем мире. Человек знает, что его собственный мир недоступен другим людям, иногда скрывает его от них, а иногда не умеет показать его кому-то из окружающих. Воспринимая внешний мир, человек отдает себе отчет в том, что люди, животные, растения и неодушевленные предметы скрывают свою внутреннюю сущность; то, что он видит, это всего лишь внешняя форма действительности. Стремление к познанию у человека направлено к выявлению этой внутренней сущности, кантовской <Ding an sich> - вещи в себе. Человек ощущает ее непознаваемость, и это его раздражает, побуждая к познавательному усилию. Даже ребенок потрошит куклу, чтобы посмотреть, что у нее внутри.

Описанные человеческие стремления реализуются в шизофрении благодаря прорыву границы между внутренним и внешним миром. Больной часто ощущает, что ему открылся подлинный образ действительности, что с нее спала маска видимости, что благодаря этому ему дано познать, как реальность выглядит на самом деле. Это впечатление обычно возникает внезапно; в момент бредового озарения открывается <вещь в себе>. Это открытие истины может относиться к окружающим людям (больной вдруг начинает видеть иные облики своих родителей, сестер и братьев, жены, начальников, коллег и т. п.), к окружающей действительности (больной открывает смысл мира и собственную в нем миссию). В острых формах шизофрении образ мира изменяется полностью: принимает иные формы и краски, становится раем или адом. Упомянутое открытие может относиться также к собственной личности больного, например, он начинает видеть себя совершенно по-иному, открывает истину о себе самом, смысл своей жизни, свою харизму.

Это может относиться к собственному телу, например, больному открывается его необычное строение и его необычные особенности, обнаруживается таинственная и страшная болезнь и т. п.

Психический автоматизм и чувство всемогущества. Зона интимности открывается перед больным; он убежден, что может, например, с легкостью читать чужие мысли, однако чаще это бывает направлено на самого себя: другие люди читают его мысли, он ничего не может скрыть; они наблюдают за ним, знают все его тайны и прегрешения.

Наиболее драматическим образом прорыв границы проявляется в том психическом акте, который требует наивысшего интеграционного усилия, то есть в волевом акте. И здесь также направленность влияний двусторонняя, однако, значительно более частым случаем является направление от внешнего мира к внутреннему. Больному представляется, что он утратил власть над самим собой, стал автоматом, что извне <они> управляют его мыслями, чувствами, словами и движениями (психический автоматизм Клерамбо - Кандинского)(1). Реже он сам оказывается способен читать чужие мысли, управлять ими, передавать приказы на расстоянии. Его власть относится не только к людям, но также и к животным, растениям и неодушевленным предметам. Он читает их мысли и управляет их поведением, может влиять на атмосферные явления: вызывать молнии, дожди, останавливать движение солнца. Ощущение власти обычно связано с настроением: при повышенном - легче управлять, при пониженном - быть управляемым. Поскольку при шизофрении преобладает скорее пониженное настроение, больной оказывается чаще управляемым, нежели управляет другими.

Патология <Я> и ослабление информационного метаболизма. Нарушения границы оказываются, как уже отмечалось, тесно связанными с нарушениями <Я>. Следует начать с нарушений <Я> как основной точки отсчета и основного интегрирующего центра, так как они наиболее доступны внешнему наблюдению, ибо граница является областью контакта между внутренним и внешним мирами.

-
1. Clerabault J. J., de. Ouvre psychiatrique. Paris: Press Universitaires. 1942;
 2. Kandinski W. Ch. O pseudohalucynacjach. Warszawa: PZWZ. 1956.
-

Нет возможности установить, какие нарушения являются более ранними, по всей вероятности, они развиваются одновременно. Условием адекватного функционирования <я> является постоянный обмен информацией между человеком и его окружением. А для нормального функционирования границы <я> должно соответствующим образом управлять процессом обмена.

Аутистическая установка нарушает, прежде всего, именно этот процесс. Человек, который отдаляется от реальной жизни, все больше замыкается в мире собственных переживаний и все слабее воспринимает окружающий мир. Его <Я> расширяется до невероятных размеров, (быть может, поэтому З. Фрейд определял шизофрению как нарциссический невроз)(1). Хотя для подросткового периода интерес к собственной особе (<а какой я на самом деле>, <в чем смысл моей жизни>; <кем я стану> и т. п.) вполне обычен, но, как представляется, у будущих больных шизофренией он бывает особенно сильно выражен. Вследствие разрыва контактов с окружением у них оказывается слишком мало возможностей проверить самих себя.

Образ самого себя бывает то темным, то светлым; человек себя ощущает то великолепным и совершенным, то жалким и бесполезным. Отсутствие внешних критериев, которые создаются в контактах с окружением, обуславливает то, что этот образ в большой степени зависит от настроения и потому чрезвычайно неустойчивым. Молодой человек сталкивается со многими социальными ролями, мечтает о своем будущем. С течением времени он вживается в определенные роли и уже не может отказаться от них; сфера возможностей сужается. Время подрезает крылья мечтаниям.

Свобода <Я>. При анализе преморбидного периода жизни будущих шизофреников возникает впечатление, что эти больные были как бы закрепощены, что они никогда не чувствовали себя свободно, что уже в раннем возрасте они ощущали бремя <маски>. Их свобода появлялась главным образом в мире фантазии; действительность для них часто была труднопереносимой; они охотно бы от нее бежали (гамлетовское <to die, to sleep>)(2).

-
1. Freud S. Collected papers. T. 1. New York; Basic, 1959.
 - 2 Умереть, заснуть (англ.).
-

Они ощущали себя <внутри> иными, нежели снаружи. Это противоречие часто им досаждало.

Вспышка психоза является как бы прорывом этого внешнего слоя, который образовался под воздействием требований жизни и который нередко докучал больному. Поэтому с началом заболевания у больного часто возникает

впечатление, что ему открывается правда о самом себе и об окружающем мире. В озарении наступает познание себя и своего предназначения, роли, которую необходимо исполнить в этом мире. Вспышка психоза становится как бы порывом к свободе. У больного возникает впечатление, что он все может (чувство божественного всемогущества, которое психоаналитиками трактуется как регрессия к периоду раннего детства). Мир маленький, он - могучий. К нему обращены все взоры, он в центре мира.

Но это чувство всемогущества, в общем, бывает кратковременным. Нельзя слишком долго тешиться властью. Больной, вырвавшись из неволи окружения, становится пленником всех тех противоречивых чувств, стремлений, образов, которые откуда-то из глубины, прежде совершенно неосознаваемые, выбрасываются вовне. <Я> утрачивает свое властвование. Больной из всемогущего властелина превращается в безвольный автомат, управляемый внешними силами, которые фактически являются фрагментами его собственного мира, а ныне, вследствие разрушения границы, отделяющей внутренний мир от внешнего) стали объективной реальностью.

Интеграционное усилие (проблема принятия решения). Как уже упоминалось, при шизофрении мы чаще встречаемся с ощущением больного, что он находится во власти других людей, нежели с ощущением всемогущества. Это обусловлено не только пониженным настроением, но также и тем, что способность управления связана с интеграционным усилием. В волевом акте выбирается одна возможность из многих. Этот выбор связан с большим расходом энергии. Во всех саморегулирующихся системах, как технических, так и биологических, проблема адекватного решения, является центральной проблемой. От нее зависит эффективное функционирование системы, и именно выбор требует наибольших энергетических затрат, в то время как сам информационный обмен использует минимальные количества энергии.

Анатомическое строение нервной клетки указывает на то, что для ее функционирования проблема решения весьма существенна. Она располагает многими каналами, по которым поступает информация (дендриты), и только одним выводным каналом (аксон). В нервной клетке, таким образом, осуществляется решение относительно того, как реагировать на разнообразные поступающие к ней сигналы, посылать ли сигнал <да> или сигнал <нет>. И если человеческий мозг, как впрочем и каждый аппарат власти, оказывается очень дорогостоящим в смысле энергетических затрат (от 1/5 до 1/4 кислорода, потребляемого всем организмом, приходится на мозг), то именно потому, что миллиарды нервных клеток должны непрерывно принимать решения. Нет нужды добавлять, что описанное выше относится и к психическим переживаниям.

Из личного опыта каждому человеку известно, сколько усилий нередко требует принятие решения, сколько колебаний, внутренней борьбы, сомнений и тревог при этом приходится переживать. <Я> как центральная точка переживаний играет решающую роль в формировании волевого акта (в процессе решения), и в нем концентрируется интеграционное усилие, связанное с этим процессом.

Таким образом, если у больного шизофренией доминирует ощущение, что он захвачен внешними силами, и он утрачивает способность принимать решения, то это обусловлено главным образом тем, что он уже не способен к интеграционному усилию. При развитии психоза, когда высвобождаются ранее подавляемые тенденции психики, интеграция требует значительно больших энергетических затрат, нежели в нормальной жизни. Ибо в

нормальной жизни человек живет, так сказать, в безопасной клетке различных норм и навыков, которые, правда, ограничивают сферу его возможностей, но тем не менее защищают от хаоса противодействующих психических сил.

Еще в древности обращалось внимание на связь между гениальностью и психическими заболеваниями. Например, Э. Кречмер посвятил этой проблеме отдельную монографию. Как представляется, главное различие заключается именно в интеграционном усилии. Гений способен к такому усилию, а больной - нет.

Чувство идентичности. Волевой акт является как бы критерием <Я>. Если человек не способен к нему, он утрачивает собственное <Я>, перестает быть самим собой. От <Я> зависит чувство идентичности; все в человеке изменяется, и изменяется мир, который его окружает; от рождения до старости он постоянно изменяется и в то же время остается на протяжении всей жизни одним и тем же человеком. Эта поразительная диалектика изменчивости и неизменности, как представляется, зависит именно от <Я>. Чувство <Я> в субъективном ощущении всегда остается неизменным. Оно является субъективным фактом жизни. <Я чувствую>, <Я мыслю>, <Я могу принимать решения>, следовательно, <Я живу>. От чувства собственного <Я> зависит, таким образом, способность переживания собственной жизни. То, что воспринимается человеком, и то, что из его внутреннего мира переходит в окружающий мир, должны пройти через его <Я>, иначе не станут переживанием, оставаясь автоматическим действием(1).

Чувство реальности собственного <Я>. Нарушения чувства <Я> обнаруживаются прежде всего в таких проявлениях, как деперсонализация и дереализация. Человек утрачивает чувство собственной реальности, что обычно связывается с ощущением изменившихся форм собственного тела, так как собственная реальность всегда имеет телесный аспект (деперсонализация), либо утрачивает чувство реальности окружающего мира, который приобретает подобие театральной декорации (дереализация), ибо, чувство реальности зависит от степени ангажированности в ней <я> и его интеграционной способности.

В процессе засыпания человек нередко испытывает чувство отдаления от реальности как собственной, так и окружения, что обусловливается ослаблением интеграционной активности. В сновидении человек переносится в иной мир, в котором и он сам иногда становится кем-то другим. Эпилептическая разрядка, влекущая за собой нарушение интеграционных механизмов нервной системы, иногда проявляется состояниями деперсонализации и дереализации.

1. Krelschmer E. Ludzie genialne. Warszawa. 1938. 214

При неврозах и обострениях психопатий, когда человек становится неспособным к интегрированию образа самого себя и своего окружения, нередко появляется чувство собственной нереальности и нереальности окружающего мира. Это чувство может возникнуть также при неожиданных и необычных событиях, как приятных, так и неприятных.

Явления деперсонализации и дереализации также нередко встречаются при шизофрении, особенно в начальной фазе.

Изменение <Я> (утрату идентичности). Подобно тому, как бывает в

сновидениях, при шизофрении больной переносится в иную реальность. Его <Я> становится другим <Я>. Исчезает идентичность личности больного. Он становится кем-то другим как в собственном восприятии, так и в восприятии окружающих. Этот факт часто выражение подчеркивается близкими больного: <он стал каким-то другим>, <он стал совершенно другим человеком>, <он изменился>.

Изменение <Я> и изменение <автопортрета>. Необходимо различать изменение образа самого себя, <автопортрета> (self concept), и изменение <Я>. Образ самого себя, как и образ окружающего мира, постоянно подвергается изменениям. Прежде всего он зависит от настроения, В угнетенном состоянии он становится темным, в радостном - светлеет. Образ <Я> зависит от контактов с ближайшим окружением, от успехов, результатов самопроверки и т.п. У молодых людей он, естественно, более подвержен колебаниям, поскольку молодой человек не вполне вжился в свою роль, чувствует себя в окружающем мире неуверенно, у него еще слишком значительна сфера фантазий.

Избегание контактов с окружением обуславливает то, что образ <Я> начинает осциллировать еще больше, так как при этом уменьшаются возможности проверки себя. В результате еще больше усиливается тенденция к бегству в мир фантазий. Однако несмотря на изменчивость <автопортрета> человек все время чувствует себя тем же самым, только видит разные стороны медали: то он умный, то глупый, то добрый, то злой, то красивый, то некрасивый и т. п. Даже в случае истерического раздвоения личности (доктор Джекиль и мистер Хайд в известном произведении Р. Л. Стивенсона) в глубине души субъект чувствует, что он является одним и тем же, но лишь изменил свою роль, что не представляет трудности для истериков, которые с легкостью претворяют свои фантазии в действительность.

Утрата временной связности <Я>. Изменение <Я> - это совсем иное изменение. Человек при этом уже перестает быть самим собой, исчезает чувство континуальности, необходимое для сохранения чувства идентичности. <Умер прежний человек, родился новый> - это не есть только поэтическая метафора, но вполне реальный феномен. Больной чувствует, что он уже не тот, кем был прежде, что в нем что-то существенно изменилось. Отсюда, по-видимому, берет свое начало чувство открытия правды о себе и окружающем мире. Однако, несмотря на проявления аутизма, если внутренний мир меняется в зависимости от актуального способа видения себя и реальной внешней ситуации, он неразрывно связан с внешним миром.

<Нас много> (расщепление <Я>). Чувство идентичности сохраняется благодаря интеграционным способностям; из множества противоречий создается единое целое. При шизофрении эти способности оказываются ослабленными. Целое оказывается разрушенным. Нет больше единого <я>; теперь их много. <Имя мое легион, ибо нас много>. Внешне это разрушение единства лучше всего, быть может, выражается в мимике. Мимика отражает эмоциональное отношение к окружению (речь здесь идет о спонтанной мимике, так как в случае маскировки подлинных отношений она всегда бывает более или менее искусственной).

Основная эмоциональная установка выражает способ переживания данной ситуации и, следовательно, в ней ангажировано <Я>. Это воплощается в установке <к> или <от> той или иной ситуации. Лишь на таком фоне развивается дальнейшая интеракция с окружением. Вследствие целостной ангажированности <я> мимика также имеет целостный характер, выражая

доброжелательность или враждебность, радость или грусть и т.д. При шизофрении часто бывает невозможно определить выражение лица у больного, поскольку целостный характер мимики оказывается нарушенным. На лице, как в зеркале, отражаются противоположные чувства.

Если в этом плане говорится о психически здоровых людях, то речь идет обычно о быстрой смене мимического выражения, в связи с тем что противоречивые чувства в повышенном темпе следуют друг за другом. При шизофрении же на лице отражаются одновременно противоречивые чувства и в результате возникает впечатление неопределенности шизофренической мимики, либо ее несвязанности. Это нередко позволяет с первого взгляда распознать шизофрению на основе так называемого <ощущения>, выражаемого термином <Prasox-gefuhl>(1).

Кроме того, вследствие аутизма мимика часто не соответствует внешней ситуации.

Наивысшим критерием <Я>, или интеграционных сил, является, как уже упоминалось, волевой акт. Из многих противоречивых возможностей надлежит выбрать одну. <Я хочу> выражает эту интеграционную способность, через которую проявляются, по крайней мере в определенной степени, жизненные силы человека. Даже в тех случаях, когда <я хочу> направлено против самой жизни, когда человек решается на самоубийство, этот акт принятия решения нередко бывает результатом огромного усилия, являясь как бы последним выбросом жизненных сил. Поэтому при очень тяжелых депрессиях больные обычно не совершают самоубийства.

Шизофреническая пустота обуславливается неспособностью сказать <я хочу>. Окружающая жизнь перестала ангажировать <Я> больного, перестала быть переживанием и превратилась в пустоту; в ней уже нет никакого направления, ничего уже не хочется, человек не живет, но вегетирует - такое состояние типично для простой и хронической форм шизофрении. Когда же вследствие шизофренического изменения <Я> нарождается новый человек, когда в озарении больной открывает правду о себе и окружающем мире, как это происходит в случае бредовых форм шизофрении, тогда <хочу> становится даже более сильным, чем было прежде, но оно направляется против окружения и его законов; отсюда вытекает конфликт с окружающим миром, в котором почти всегда проигравшим оказывается больной.

1. Rumke H. C. Die klinische Differenzierung innerhalb der Gruppe der Schizophrenien^ II International Kongress für Psychiatric. Der Nervenarzt, 1958. Z.29. P. 49-53.

Чаще всего, однако, вследствие ослабления интеграционных способностей <я хочу> постоянно осциллирует, то и дело меняя свое направление. Больной то хочет бороться, то отказывается от борьбы, то стремится действовать, то предается бездействию, то желает любить, то хочет ненавидеть. Даже в таких простых действиях, которые в норме выполняются автоматически (ходьба, речь, протягивание руки для приветствия и т. п.), проявляется колебание между разными формами активности; больной не может принять решение, какую из них выбрать; протягивает руку для приветствия и сразу же ее отдергивает назад; садится на стул и прерывает это движение на полпути. Разговаривая, задумывается над отдельными словами, их правильным значением, доискивается различных аналогий, создает из них новые языковые построения; при этом возникает впечатление, что больной развлекается ими. Нередко бывает так, что он идет куда-то без определенного направления, не

идет, а плутает, иногда задумывается, куда поставить ногу, какую принять позу, вследствие чего все это выглядит странно и причудливо.

Раскрытие механизма деформации решения. При нормальной работе нервной системы каждая активность связана с решением. Из разных возможностей одна должна быть выбрана, а остальные отвергнуты. Нейрофизиологически эти <решения> осуществляются за пределами сознания. Волевой акт или сознательный выбор зарезервирован для особенно трудных решений, требующих задействования всей нервной системы, что субъективно ощущается как ангажированность <Я> - <Я хочу>. Вследствие повторения некоторые действия подвергаются автоматизации. Если раньше они были связаны даже с большим усилием воли, то с течением времени они начинают выполняться автоматически, т. е. без участия сознания; <Я> не принимает в них участия (достаточно команды <пиши> и буквы появляются сами собой, пишущий не задумывается как их написать).

При шизофрении как бы раскрывается скрытый механизм деформирования решения; в норме осуществляемое без участия <Я> бессознательно оказывается в центре сознания, включая и без того уже ослабленные интеграционные силы <Я>. Вследствие этого больной постоянно колеблется, не может принять решение, а если все-таки принимает, то оно часто оказывается шокирующим для окружающих.

Таким образом, нормальная жизнь становится огромным усилием, так как то, что в норме выполняется без какого-либо раздумывания или сомнения, для больного становится проблемой, над которой он нередко размышляет, философствует, меняет решение и т. д. Дело доходит до того, что он отказывается от всякой активности, ибо она становится слишком утомительной.

Разрушение <Я>. При острых формах шизофрении, когда структуры собственного <Я> и окружающего мира разрушаются, <Я хочу> фактически перестает существовать; больной оказывается в плену необычных событий, которые происходят в нем самом и в его окружении, утрачивая способность выбора; его несет бурный поток галлюцинаций, бредовых идей, странных впечатлений, сверхсильных чувств. Такое состояние внезапного разрушения прежнего мира обычно связано с чрезвычайно сильным чувством страха (дезинтеграционный страх), реже - с чувством экстаза, всемогущества, божественности, наслаждения. Такого рода разрушение структуры чаще всего встречается при кататонической и острых параноидных формах. Трудно даже вообразить, что при этом происходит с больным; это настоящая психическая буря; все смешалось, <Я> разбито на мелкие фрагменты.

Кристаллизация разбитого <Я>. При более спокойном течении шизофрении дело может дойти до закрепления патологических структур (систематизированный бред и галлюцинации). Тогда разбитое <Я> кристаллизуется в бредовой роли - больной становится преследуемым, завоевателем мира, дьяволом, богом, заживо разлагающимся больным и т.п. Он ведет себя соответственно новой роли, явившейся ему в болезни, и соответственно ей все переживает.

Патология пространственно-временного порядка и иерархии ценностей. Привыкание к собственному порядку. В нормальных условиях человек до такой степени привыкает к своему специфическому порядку, при котором события связаны с пространственно-временными координатами и определенной иерархией ценностей, что не отдает себе в том отчета. В нем не

вызывает сомнений факт, что вчера - это прошлое, а завтра - будущее, что над головой небо, а под ногами земля, что существуют четыре основных направления, по которым он может двигаться. С нейрофизиологической точки зрения, дело не представляется, однако, так просто, и фактически до настоящего времени не очень понятно, каким образом нервные импульсы организуются в пространственно-временной сети и на чем вся эта система основывается.

Иерархия ценностей в субъективном ощущении уже вызывает определенные сомнения, особенно в том, что касается проблем морального характера. Тем не менее мы, оценивая многие вещи, вообще не задумываемся, будучи привычными к тому, что одни из них более важны, другие - менее. Можно представить, что между <Я> и границей, отделяющей внутренний мир от внешнего, формируется градиент важности, соответственно которому до <Я> доходит только то, что для него значимо, а вещи, менее важные, остаются на периферии (аналогично тому, как информационно-энергетический поток организуется внутри клетки).

Нарушение временного порядка. <Время остановилось>. При шизофрении вся эта сложная пространственно-временная сеть иерархии ценностей подвергается разрушению. Иногда у больных возникает впечатление, что время остановилось - у них нет ни будущего, ни прошлого, быстрое течение времени обратилось в стоячую воду. Они не чувствуют движения времени, не скушают и не спешат, не способны определить, быстро ли проходит для них время или тянется медленно. Своеобразное <не-состояние>, как это определил один из больных Краковской психиатрической клиники.

Временная <буря>. Иногда, особенно в острых фазах болезни, наблюдается как бы временная <буря>, прошлое бурно смешивается с будущим и настоящим. Больной переживает то, что было много лет назад так, как если бы это происходило сейчас; его мечтания о будущем становятся реальным настоящим; вся его жизнь - прошлая, настоящая и будущая - как бы концентрируется в одной точке (telescoping - по терминологии экзистенциальной психиатрии). Разные в аспекте размещения на оси времени элементы жизни больного смешиваются и оказываются все вместе в одном временном пункте.

Аналогичное явление наблюдается в сновидении, когда нередко отдаленные фрагменты прошлого смешиваются с фантазиями о будущем и все это переживается как происходящее в настоящем времени.

Конечно, на это разрушение временной структуры влияют прекращение контактов с окружением и недостаток активности, ибо. активность является тем главным фактором, который обуславливает течение времени. Временная координата является как бы нитью, на которую последовательно нанизываются отдельные события.

Чувство разорванности временной протяженности. Фактором, существенным для сохранения чувства собственной идентичности, является чувство временного континуума. При шизофрении оно нередко подвергается нарушению. В сознании больного появляются различные, не связанные между собой фрагменты из его прошлого, иногда отдаленного (например, из периода раннего детства), они смешиваются с фрагментами совсем недавними, а также с фрагментами, относящимися к более близкому или далекому будущему. Наблюдателю трудно оценить важность этих образов памяти и воображения; иногда они представляются ему пустяковыми, не имеющими

значения. Нередко поражает их пластичность; они переживаются так живо и ярко, как если бы относились к реальному настоящему, а не к отдаленному прошлому или будущему. Больной также не способен связать их в единое целое. Когда его спрашивают о их значении либо о дальнейшем развитии событий, обычно он не в состоянии дать ответ. Его прошлая, настоящая и будущая жизнь становится как бы мозаикой мелких, иногда очень ярко переживаемых событий, которые не связываются в единую композицию. Здесь имеет место как бы разорванность ассоциаций в памяти и воображении.

В норме память, а также воображение (если речь идет о будущем) подчиняются закону селективности. Мнемонические и воображаемые образы упорядочиваются в соответствии с иерархией значимости. То, что незначимо, удаляется из сознания, хранится где-то глубоко в подсознании и иногда может появляться в содержании сновидений. Не согласуясь, однако, с общей композицией истории жизни и проецированием в будущее, оно остается неосознаваемым.

Благодаря этому сохраняется временная континуальность индивида и его жизнь не разбивается на отдельные, не связанные фрагменты. Вопрос о том, действительно ли переживаемая нами жизнь является рядом связанных между собой событий, а не множеством отдельных картинок, наподобие мозаичных плиток, из которых мы лишь, благодаря интеграционным способностям, создаем единое целое, дающее нам чувство идентичности в изменяющемся мире, является вопросом скорее философского характера.

Не следует, однако, забывать, что, используя химические средства (например, галлюциногены), можно вызвать подобное шизофреническому разрушение пространственно-временной структуры. Такое разрушение случается также при эпилептических припадках, а также при острых психоорганических синдромах.

Нарушения пространственного порядка. Свобода перемещения в пространстве. Что касается нарушений пространственного порядка, то они не выглядят при шизофрении столь драматически, как при острых психоорганических синдромах и эпилепсии. При шизофрении нарушения пространственного порядка относятся скорее к переживанию, нежели к действию. В противоположность своей пониженной активности больной с необычайной свободой перемещается в своем субъективном пространстве и времени. То, что находится далеко, становится для него близким, то, что близко, становится далеким. Им безразлично то, что происходит у них в доме, но они очень сильно переживают трагедии людей, живущих за тысячи километров от них. Пространство не представляется для них препятствием - они на расстоянии знают, кто что переживает, могут влиять на других людей и, наоборот, на них могут действовать разные силы с большой удаленности.

Возможность действовать на расстоянии без непосредственного контакта с объектом воздействия представляет одно из характерных убеждений в магическом мышлении. У одного из больных краковской психиатрической клиники уверенность в собственной способности свободного перемещения в пространстве была настолько сильна, что он <чувствовал>, как переносится из одной точки земного шара в другую, <видел> в деталях то, что происходило, например в Австралии, Африке, переживал за людей, там проживающих, за все, что видел, чувствовал себя за все это ответственным. Все это для него были вещи наиважнейшие; он забывал о своих жене и ребенке, которых в периоды ремиссии очень любил.

Физиогномизация. Наиболее характерным проявлением нарушения пространственного порядка при шизофрении является приближение окружающего мира (<физиогномизация> в терминологии экзистенциальной психиатрии). Все находится близко, все касается больного, все вокруг имеет какое-то значение, глаза всех людей в него всматриваются, губы шепчут о нем. Окружающий мир оказывает давление на него, как если бы он был единственным человеком на свете: его преследуют, его мысли читают, его должны уничтожить, он должен выполнить специальную миссию и т. п. Он ответственен за то, что где-то страдают люди, что мир устроен неправильно, что с людьми поступают несправедливо. Все направлено против него. Бывает также наоборот: окружающий мир отдаляется от больного, его окружает пустота; ничего вокруг не происходит, ничего его не касается. Иногда больной чувствует, что окружающий мир то слишком сильно приближается, то отдаляется.

Пульсирование <Я>. Возникает впечатление, как если бы <Я> пульсировало: оно то разбухает и всего вокруг касается, то сжимается, и тогда окружающий мир превращается в пустоту. В острых фазах шизофрении, когда больной захвачен чувством собственного всемогущества, его <Я> как бы заполняет весь мир, все пространство-время переполняется им.

Нарушение иерархии ценностей. Изменение иерархии ценностей в шизофреническом мире лучше всего выражается инверсией известной латинской поговорки: <Primum philosophari, deinde vivere> (1).

Интересно отметить, что В. Франкл(2), выдающийся психиатр экзистенциального направления, переживший гитлеровский концлагерь, считает, что именно инвертирование этой латинской сентенции позволило ему выжить.

1 <Сначала философствовать, а затем жить> заменено на <сначала жить. а затем философствовать>.

2 Frankl V. E. Psycholog w obozie kontracyinym. Warszawa: Apel skazanych. Pax, 1962.

Даже в мелких, обыденных поступках наблюдаются всякого рода перемещения в иерархии ценностей. Они часто становятся теми моментами в поведении, которые привлекают внимание окружающих к происходящим с больным изменениям. Больной, например, становится равнодушным к судьбе своей семьи, все свои силы вкладывает в то, чтобы искоренять привычки людей ругаться и употреблять грубые слова, или становится безразличным к родителям и преувеличенно чувствительным в отношении к домашним животным, умерщвление курицы считает преступлением, содрогается перед употреблением мяса, приравнивая его к каннибализму. Больной пренебрегает своими обязанностями в учебе или в работе и занимается какими-либо пустяковыми, по крайней мере в глазах окружающих, вещами, которые для него, однако, имеют наиважнейшее значение. Изменение иерархии ценностей представляет существенную проблему в лечении и реабилитации больных; нельзя навязывать им нормальную иерархию ценностей, но следует, исходя из учета того, что является для них самым важным, и отталкиваясь от этих вещей, постепенно расширять круг их интересов.

Хаос и пустота. Разрушение структуры, характерное для шизофренического мира, приводит к хаосу в движениях, речи, волевых актах, в мышлении,

чувствах и т. д. Больные часто жалуются на угнетающее чувство хаоса, либо пустоты в голове. Чувство пустоты также может быть выражением неспособности упорядочить то, что происходит во внутреннем мире. Подобные жалобы встречаются достаточно часто при неврозах, однако дезинтеграция бывает значительно менее глубокой.

Но живая природа не терпит беспорядка. В шизофреническом хаосе начинает формироваться новый, патологический порядок: возникают новые структуры, которые в силу защиты от распада нередко оказываются необычайно устойчивыми; никаким способом невозможно их уничтожить, как это бывает, например, в случаях систематизированного бреда. Психиатры часто все свои усилия вкладывают в стремление уничтожить фиксированные патологические структуры. Стоило бы задуматься о целесообразности такого стремления, ибо часто их усилия оказываются тщетными; эти структуры оказываются неуничтожаемыми и не поддаются никаким методам лечения, что вызывает у психиатра неверие в возможность излечения больного, а иногда и негативное отношение к нему. Но, быть может, эти структуры иногда защищают больного от полного хаоса.

Шизофреническое разрушение преморбидных структур имеет свои положительные и отрицательные стороны. Благодаря этому разрушению больной освобождается от прежних форм поведения и переживаний, которые были для него слишком тесными; он ощущал их искусственность и чуждость. Возникший хаос дает возможность формирования новых и иногда совершенно необычных функциональных структур, которые в нормальных условиях появиться никогда бы не могли. В разговоре с больными шизофренией нередко поражает их богатство ассоциаций; эти ассоциации часто бывают столь неожиданными, что обычному человеку никогда не пришло бы в голову; при своей необычности иногда они бывают весьма удачными, являясь проблесками гения, высвобожденного в результате разрушения прежних структур.

С другой стороны, однако, хаос в живой природе ведет к смерти; это относится равно к энергетическому метаболизму, как и к информационному. Сущностью живой природы является противодействие хаосу и случайности. И к сожалению, больные хронической шизофренией нередко еще при жизни напоминают умерших. Их окружает пустота, прах и пепелища; внутренне они также чувствуют себя выгоревшими. Тематика смерти часто преобладает в шизофреническом мире. Скелеты, кладбища, трупы, смертельная агония и т. п. нередко представляют предмет их размышлений и сновидений. Мир утрачивает свой жизненный колорит, становится серым, печальным, чем-то напоминающим кладбищенскую таинственность и раздумье.

Колорит. Под колоритом внутреннего мира мы будем понимать его эмоциональную атмосферу - настроение, жизненную динамику, эмоционально-чувственное отношение человека к самому себе и своему окружению. Это определение - скорее литературное, нежели научное - передает, однако, существо проблемы. Колорит является той характеристикой видимого мира, которая, не изменяя в принципе его сущности (структуры и тематики), в то же время все меняет настолько, что тот же самый образ в изменившихся красках становится совершенно другим. Эта изменчивость неизменного является также основной чертой нашей эмоционально-чувственной жизни. В принципе ничего не изменилось, кроме преходящего настроения или эмоционального отношения к другому человеку либо к какой-то вещи, но в то же время изменилось все. Мир, минуту назад прекрасный и притягивающий, делается серым и унылым. Особа, недавно еще восхищающая и желанная, отталкивает

своей физической и психической безобразностью. А мы сами из мудрых, прекрасных, благородных превращаемся в обладателей всех самых скверных качеств.

Другой чертой колорита является его вездесущность; каждая видимая вещь имеет свой цвет. Аналогичным образом дело обстоит с эмоционально-чувственной жизнью - она присутствует всюду и во всем. Самая мелкая деталь имеет свой эмоциональный знак. Вопреки тому, что иногда говорится, не существует вещей <чувственно-нейтральных>. Такое определение лишь указывает на дистанцию, какую мы хотим сохранить в отношении к данной вещи, и, следовательно, касается скорее структуры нашего мира, нежели его колорита. Говоря <это мне безразлично>, мы выражаем свое эмоционально-чувственное, обычно негативное, отношение к данной вещи, событию или человеку, желая от них дистанцироваться, считать их несуществующими.

Третья черта колорита относится к методической сфере. В видимом образе труднее всего определить его колорит. Запас словесных определений достаточно ограничен, а научная терминология - определения длины световых волн - никого не убеждает. Так же трудно определить эмоциональный компонент переживания. Если его тематику и структуру можно более или менее детально описать, то описывая эмоциональные состояния, мы всегда наталкиваемся на недостаточность адекватных определений - язык попросту слишком беден, ибо служит общению между людьми и отражает прежде всего действия человека в окружающем мире, а его внутренние переживания в значительно меньшей степени представлены в системе языковых символов. Словарь эмоционально-чувственной жизни чрезвычайно беден по сравнению с богатством слов, связанных с внешним миром, и человеческими действиями в нем.

Возникает впечатление, как если бы речь, будучи наивысшей формой двигательной активности, в своем развитии на этой активности и сконцентрировалась, экономя усилия организма посредством упрощения бесчисленных форм интеракции простых символов, благодаря которым человек живет и действует в окружающем его мире. То же, что является только внутренним проявлением активности человека, лишь поверхностно затрагивается словесной абстракцией и схематизацией, как бы исходя из правильного основания, что эта часть активности - наиболее личная, неповторимая и неисчерпаемая и тем самым недоступная выражению в форме словесного символа.

Это отнюдь не значит, что слова не выражают эмоциональное состояние. Напротив, неоднократно случается, что не очень ясно, о чем человек говорит или пишет, но чувствуется его эмоциональный настрой. Пользуясь средствами художественной выразительности, можно вызвать у читателя или зрителя эмоционально-чувственное состояние, соответствующее намерениям автора. В этом случае, однако, мы имеем дело не с описанием эмоционального переживания, но с его искусственным возбуждением с помощью эмоциональных средств художественной экспрессии. Если стимулом, вызывающим эмоциональный резонанс, является слово, то оно действует не в качестве символа, упрощающего и редуцирующего много аналогичных ситуаций до одного знака, но в качестве сигнала, вызывающего данное эмоциональное состояние. Значительно более эффективными, если речь идет о коммуникации эмоциональных состояний, являются невербальные стимулы: слуховые, зрительные, осязательные, обонятельные и т. д.

Немногочисленные слова в описаниях эмоциональных состояний, таких как

радость, печаль, страх, боль, восхищение, ужас, ярость, любовь, ненависть и т. д., звучат абстрактно, если отсутствует описание конкретной ситуации, которая позволяет нам, хотя бы в минимальной степени, пережить соответствующее чувство, и оказываются недостаточными, если мы хотим выразить собственное чувство или чувство того человека, состояние которого мы хотели бы пережить. Проблематичность однозначности словесных символов особенно остро выступает в случае терминологии, относящейся к эмоционально-чувственной сфере. Слово <любовь> означает для каждого индивида нечто иное в значительно большей степени, нежели слово <стол>.

Здесь мимоходом была затронута проблема описания эмоциональных состояний, которые в психиатрии играют основную роль. При этом психиатр оказывается в трудной ситуации; если ему даже удастся вчувствоваться в состояние больного, то у него не хватает терминов для описания его переживаний; значительно легче определить их тематику и структуру. Сказанное можно пояснить на примере. Легче описать, кто кого любит или ненавидит и почему, чему радуется и почему печален, нежели ясно представить само чувство, в то время как именно с этого следовало бы начать, ибо чувство является первичным. Лишь затем вокруг него выстраиваются тематика и структура. Чувство любви создает объект, подобно чувствам страха и ненависти. В радости или печали всегда можно найти поводы, которые объясняют эти чувства и т. д.

Зависимость тематики и структуры переживаний от эмоционально-чувственной жизни особенно ярко проявляется у пациентов, когда чувства нередко обуславливают далекую от реальности картину действительности и ложные причинно-следственные связи.

Ритм эмоционально-чувственной жизни и ритм бодрствования. У каждого человека постоянно наблюдаются колебания эмоционально-чувственных установок к окружающим его лицам и вещам. Подобно тому как в зависимости от погоды, времени года и дня изменяется пейзаж, так и пейзаж нашего мира изменяется в зависимости от эмоционального колорита. В общем, о его изменчивости забывают, и, переживая какое-нибудь эмоциональное состояние, имеют иллюзорное впечатление его устойчивости, полагая, что никогда не кончатся холод и пасмурная погода, либо тепло и радость.

Вопреки многократно повторяющемуся опыту нельзя научиться не доверять аффективным состояниям, в соответствии с которыми моделируется наш мир, который становится безнадежным в минуты печали и лучезарным в минуты радости.

Колорит внутреннего мира меняется с определенными амплитудой и частотой. Слишком большая амплитуда, выходящая за пределы нормы, в психиатрии определяется термином <циклофрения>. Подобно тому как состояние сознания осциллирует от сна до максимального напряжения внимания, ритмы чувств и эмоций колеблются от темных красок, когда человек печален, ничто его не радует, он думает о смерти, до ярких красок, когда он чувствует радость жизни и полон любви к себе и окружающему миру.

Неизвестно в какой степени оба ритма - бодрствования и настроения - взаимозависимы. Согласно современным нейрофизиологическим взглядам, ритм бодрствования связан с активностью ретикулярной формации. Медиаторы ЦНС (адреналин, норадреналин, серотонин), так же как электростимуляция, активируют ретикулярную формацию, одновременно изменяя эмоционально-чувственный колорит; обычно они усиливают

предрасположенность к страху.

Реакциям возбуждения интереса или ориентации сопутствует чувство страха, которое связано с возможной дезинтеграцией из-за необходимости разрушения прежней структуры интеракции с окружением и создания на ее месте новой. Антидепрессанты и психостимуляторы обычно повышают уровень бодрствования. В печали человек часто чувствует себя утомленным и сонливым, а в радостном состоянии у него не возникает потребности в отдыхе и сне. Патологические же состояния радости или печали, маниакальные или депрессивные состояния, как правило, сопровождаются бессонницей. Сильным чувствам, любви, ненависти, страха, обычно также сопутствует бессонница.

Эксперименты на животных, а также клинические данные, в особенности полученные нейрохирургами, по всей видимости, свидетельствуют о том, что анатомические структуры, связанные с основными эмоциональными реакциями, расположены главным образом в филогенетически более древних частях мозга, особенно в гипоталамусе, представляющем главную станцию переключения нервных импульсов на эндокринную систему.

Таким образом, все системы, регулирующие уровень сознания и эмоционально-чувственную жизнь, между собой связаны. Филогенетически более древние части мозга обнаруживают более выраженную тенденцию к ритмической активности по сравнению с филогенетически более молодыми. Представляется возможным, таким образом, что ритм бодрствования и эмоционально-чувственных состояний обуславливается своеобразным ритмом соответствующих анатомических структур.

Ритм активности и отдыха наблюдается даже у одноклеточных животных, и его можно считать основным биологическим ритмом. Патологическое возрастание амплитуды этого ритма можно считать новым симптомом циклофрении. В этом случае, однако, следовало бы поставить знак равенства между ритмом активности (бодрствования) и ритмом настроения. Будет ли правильным подобное рассуждение, могут показать дальнейшие биологические и психологические исследования. Стоило бы вспомнить, что как современная биохимия, так и психофармакология склоняются скорее к прежней концепции единого психоза, два полюса которого - возбуждение и торможение - коррелировали бы с соответствующими биохимическими изменениями и с соответствующим психофармакологическим воздействием. Столь радикальное упрощение психиатрической классификации вызывает, разумеется, сопротивление клиницистов и психопатологов. С другой стороны, однако, они вынуждены признать, что традиционная классификация непригодна для осуществления лечения. В целях проведения эффективной терапии необходимо определение комплекса симптомов, а не распознавание проблематичной нозологической единицы. Из разнообразных симптомов, образующих синдром, особое внимание обращается на эмоциональное состояние больного и сопутствующие ему проявления заторможенности либо возбуждения активности.

Многие данные, однако, свидетельствуют против объединения обоих ритмов - бодрствования и настроения. Колебания эмоциональных состояний не зависят от колебаний уровня сознания. В сновидениях, дневных грезах, в промежуточных состояниях между сном и бодрствованием, когда мысли легко перескакивают с одного на другое, переживаются колебания эмоций и чувств столь же сильные и даже, возможно, более сильные, чем при состояниях максимально напряженного внимания. Более того, концентрация внимания

часто способствует уменьшению эмоционального напряжения.

Разумеется, можно возразить, что напряжение внимания не является результатом психической активности и что в сновидениях она может быть значительно выше, нежели в состоянии бодрствования. Этот аргумент справедлив постольку, поскольку интенсивность переживания может быть действительно большей в сновидении, нежели в состоянии самого ясного сознания, проявлением которого считается состояние максимальной концентрации внимания. В таком случае следовало бы отказаться от различения сна и бодрствования и от всех градаций психической активности, присущих тому и другому состоянию, и считать их разными уровнями одного из основных биологических ритмов - ритма сна и бодрствования. Он находит свое выражение также и в характере энцефалограммы; увеличение частоты волн и уменьшение их амплитуды соответствуют повышению уровня сознания.

У младенцев наблюдается ритм активного отдыха с интервалами от одного до полутора часов. С такими же интервалами у взрослых людей и у млекопитающих животных во время сна наблюдается ускорение биоэлектрической активности мозга с уменьшением амплитуды волн и одновременными движениями глазных яблок. Эти явления у человека, а, возможно, также и у животных, сопутствуют сновидениям. У людей, в течение длительного времени лишенных сна, наблюдаются галлюцинаторные явления также с интервалами от одного до полутора часов. Быть может, это - основной ритм спонтанной активности мозга, который во время бодрствования прерывается потоком стимулов, идущих из внешнего мира и вынуждающих к реакциям, а потому сохраняется только во время сна. Существует ли аналогичный ритм эмоциональной жизни, ведущий к тому, что, независимо от внешних стимулов, настроения и чувства колеблются между позитивным и негативным полюсами? Если это так, то независимо от нашей судьбы и наших усилий, мы обречены на то, чтобы наш мир непрерывно осциллировал между светлым и черным колоритом.

Детерминация колебаний чувств и настроений. Если даже существует основной ритм эмоционально-чувственной жизни, то, подобно ритму активности и отдыха, он заслоняется вторичными колебаниями, возникшими в процессе интеракции со средой. Трудно даже приблизительно указать все факторы, влияющие на изменения нашего настроения и эмоциональных установок к окружению. Здесь можно отметить метеорологические влияния, содержание сновидений, реализацию основных биологических потребностей, общее состояние здоровья, возможность свободной активности и реализации своих планов, отношение окружения, способ видения себя в прошлом и будущем и т. д. Определение истинных причинных связей представляется здесь почти невозможным. И потому нередко бывает трудно ответить на вопросы: <почему ты грустный?>, <почему ты меня не любишь?> и т. п. Ответы на вопросы, касающиеся этиологии эмоционального состояния, бывают обычно банальными, опирающимися на случайно либо произвольно сформировавшуюся причинную связь.

Частота колебаний колорита бывает различной. Мелкие колебания, наблюдающиеся в течение дня, накладываются на более продолжительные волны, длящиеся недели, месяцы и даже годы. Существует также основной колорит, более светлый или более темный, сохраняющийся с детства или пубертатного возраста на всю дальнейшую жизнь. Говорят о радости жизни, присущей одним людям и отсутствующей у других, живущих как бы по обязанности. Колорит изменяется с возрастом. Он часто затемняется под влиянием своих весенних бурь в периоде созревания в связи с гормональными

перестройками и напором конфликтов, но он стабилизируется в зрелом возрасте и приобретает осеннюю грусть в старости.

Существует также средняя амплитуда колебаний настроения и чувств. У одних она бывает весьма высокой. Они легко достигают зенита чувственных состояний, <шалеют> от радости или отчаяния, любви или ненависти. У других она довольно низка. Таких людей трудно вывести из равновесия. Точно также разной бывает и частота колебаний: одни люди очень стабильны, а другие более изменчивы в своих настроениях и чувствах. Основной уровень, амплитуда и частота эмоционально-чувственных состояний позволяют схематически обозначить чей-либо тип, обычно определяемый как темперамент. Этот тип проявляется довольно рано в жизни индивида. Уже у 5-6-летнего ребенка можно приблизительно его определить, и в общем он остается неизменным в течение жизни.

Среди психиатров до настоящего времени нет согласия относительно генетических и средовых влияний на формирование эмоционально-чувственной сферы. Психиатры, переоценивающие влияние среды, в свою очередь делятся на тех, которые уделяют большее внимание факторам физического характера, например родовым травмам, травмам во время беременности, иммунологическим конфликтам, и тех, которые подчеркивают прежде всего значение психологических факторов (психодинамические школы).

Необычность эмоционально-чувственного колорита при шизофрении. Амплитуда чувств. Настроения и чувства, переживаемые больными шизофренией, в принципе не отличаются от того, что испытывают психически здоровые люди, в противоположность циклофрении, при которой вследствие смещения к одному из полюсов (радости или печали) эмоциональный колорит редуцируется от светлого до темного, в шизофреническом мире могут наблюдаться все возможные эмоционально-чувственные состояния: светлые - радости, любви, восхищения, озарения; серые - апатии, скуки, чувства бессмысленности и т. д. О больном шизофренией можно сказать, что ни одно чувство ему не чуждо. Если в жизни обычного человека эмоционально-чувственный колорит ограничен самой повседневностью жизни и иногда только в сновидении обнаруживаются более сильные акценты, то при шизофрении (обычно в ее первой фазе) наблюдается как бы взрыв разнородных и часто противоположных чувств и настроений. Прежде всего поражает сила эмоциональных состояний; страх достигает степени панического состояния, любовь доходит до экстаза, печаль - до крайней безнадежности, радость трансформируется в состояние необычайного восторга с чувством легкости и необыкновенной силы и т. п.

Сила чувств и настроений является первой особенностью необычайного колорита шизофренического мира. Даже когда на первый план выступает чувственное отупение - безразличие, ощущение бессмысленности всего сущего и апатия, эта серость колорита оказывается столь интенсивной, что значительно выходит за рамки серости обычной жизни и нередко приводит больного к суициду. Это превышение обычной амплитуды эмоциональных колебаний обуславливает то, что не только окружение смотрит на больного с изумлением либо страхом, но и он сам воспринимает себя чуждым этому миру. Это состояние напоминает - хотя и является значительно более напряженным - те ситуации, когда под влиянием сильного чувства все вдруг видится в ином свете. Разумеется, всегда остается открытым вопрос, что изменяется раньше, чувства или тематика и структура наших переживаний. Этот вопрос не имеет особого смысла, так как переживания невозможно

поделить на отдельные части; если так и поступают, то лишь в целях упрощения анализа изучаемых явлений. Трактуя, однако, чувства в качестве основного компонента любого переживания, можно принять, что видение мира изменяется в зависимости от эмоционального колорита.

Аналогично бесплодными представляются споры о том, что раньше всего изменяется в переживаниях больного, что составляет ядро шизофренической трансформации действительности: изменение чувств восприятия, или же, наконец, мышления.

Непредсказуемость. Представляется, однако, что необычность колорита шизофренического мира связана с его <инаковостью>. Нередко случается, что шизофренический образ бывает <бедным> - отсутствует бред и галлюцинации, не наблюдается ярких изменений в поведении, - и, однако, при первом же контакте с больным ощущается его странность и необычность. Эмоциональная экспрессия и ее перцепция составляют ось нашего контакта с окружением. Уже очень рано в жизни индивида формируется структура его эмоционально-чувственной интеракции с окружением, потому все <необычное> в эмоциональных проявлениях ощущается сильнее, нежели в других секторах жизни. Так, иногда не замечается какая-либо необычная деталь в окружении, но моментально ощущается необычность эмоциональных реакций отдельного индивида, либо атмосферы, царящей в группе.

Наша интеракция с окружением опирается на принцип вероятности: то, что выходит за рамки ожидаемого, вызывает реакцию удивления. Таким образом, представляется, что при эмоциональной интеракции с окружением, т. е. при <прочтении> эмоциональных состояний других людей и эмоциональном реагировании на них, этот <принцип> оказывается более строгим. Достаточно отреагировать смехом там, где от вас ждали печального выражения лица, или посмотреть с неожиданным выражением любви (ненависти или страха), чтобы эта реакция вызвала изумление у окружающих.

Непонятность. Обращает внимание также и то, что мы старательно ищем мотивацию эмоционально-чувственных состояний, как чужих, так и собственных, вопреки тому, что опыт показывает, насколько обманчивы эти этиологические изыскания. Нас беспокоит чья-то доброжелательность либо враждебность, причин которой мы не понимаем; мы спрашиваем другого человека, почему он невесел, сами страшимся найти причины наших настроений или эмоционально-чувственных установок, которые часто бывают необъяснимыми. Нас радует возможность объяснения эмоционального состояния, как собственного, так других людей.

Могло бы показаться, что нигде законы причинности не управляют столь строго, как в эмоционально-чувственной сфере, и этот настойчивый поиск причины там, где нередко отыскать ее бывает трудно, также вытекает из строгих законов эмоциональной интеракции с окружением. Непредвиденное здесь переносится хуже по сравнению с теми типами интеракции, при которых эмоциональные реакции не играют большой роли. Нас не озадачивает то, что погода бывает прекрасная, а бывает пасмурно и дождливо, но нам не дает покоя мысль, что мы не понимаем, почему кто-то печален, весел, подавлен, враждебен или чересчур любезен. Мы не переносим нашу психологическую несостоятельность, хотя и хорошо отдаем себе отчет в том, что определение причин эмоционально-чувственных состояний часто бывает невозможным.

Несмотря на столь большое разнообразие эмоциональных реакций, при всем

их индивидуальном своеобразии существуют их определенные общие социально обусловленные характеристики. В определенных эпохах или культурных кругах некоторые реакции допускаются и даже поощряются, другие, напротив, отвергаются. Человек, оказавшись в другом культурном круге, может шокировать окружающих своей эмоциональной экспрессией. Истерическая личность раздражает театральностью своих эмоциональных реакций и чрезмерной их амплитудой. Они действуют на окружение, как слишком яркое пятно, не гармонирующее с целостным образом. Однако эмоциональные реакции истерической личности не выходят за границы предвидимого, благодаря чему их без труда можно понять. За видимостью необычности кроется обычное. Аналогичным образом может шокировать окружающих человек, попавший из культурного круга, в котором приняты грубые формы проявления чувств, в такой круг, в котором они осуждаются. В обоих, однако, случаях, необычность эмоциональной экспрессии, обусловленная либо типом личности, либо культурными различиями, представляет собой лишь видимость необычности. За ней кроются понятные каждому эмоциональные состояния.

Необычность шизофренических эмоционально-чувственных реакций основывается на их непонятности, т. е. невозможности размещения их в нормальной структуре эмоционально-чувственной интеракции с окружением. Здесь речь идет не о невозможности понимания самого элементарного состояния; нередко бывает легче его <прочитать> у больного шизофренией, нежели у обыкновенного человека, ибо у шизофреников оно сильнее выражено, и, кроме того, они, как правило, отличаются крайне слабой способностью маскировать свои переживания. Чувства страха, ненависти, любви, радости, печали, которые отражаются на лице больного при отсутствии какого-либо понятного для нас повода, или, наоборот, отсутствие какой-либо эмоциональной реакции, когда следовало бы ее ожидать, обуславливают то, что больной оказывается выключенным из нормальной эмоционально-чувственной интеракции, становится странным либо чуждающимся. Понятие <странный> мы употребляем тогда, когда реакция больного нас поражает, а когда нам удастся к ней привыкнуть и вместо изумления она вызывает смех либо жалость, говорим о <чуждаемости>.

Необычность эмоционального колорита при шизофрении основывается не на невозможности <считывания> эмоционального состояния больного, а на невозможности интерпретации этого состояния. Мы видим, что больной счастлив, печален, выражает гнев, апатичен, переживает страх, но не можем отыскать никакого объяснения его эмоциональному состоянию. Наше причинно-следственное мышление абсолютно бессильно. Пользуясь терминологией Ясперса(1), можно утверждать, что психические реакции больного не вмещаются в границы <понимающей психологии> (<verstehende Psychologie>), в которой <психические явления> связываются между собой причинно-следственными связями, и тем самым становятся понятными для нас, но относятся к <объясняющей психологии> (<erklarende Psychologie>), в которой они оказываются непонятными вследствие невозможности выявления их причинно-следственных связей и для их объяснения приходится заниматься поиском внепсихических причин, например биологических.

1. Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Wyd. 6. Berlin, 1953. 236

Если мы видим человека, который сжался от страха или трясется от безудержного смеха, и не можем понять причин таких необычных

эмоциональных реакций, мы склонны приписывать их каким-то внепсихологическим причинам, например интоксикации, либо, как в старые времена, одержимости духами и т. п. Подобный способ мышления свидетельствует о том, насколько мы привыкаем к детерминированности нашей эмоционально-чувственной жизни, которая на самом деле оказывается не столь определенной. Необъяснимое для нас эмоциональное состояние является чем-то, вызывающим беспокойство, поскольку оно нарушает нормальную структуру эмоционально-чувственной интеракции с окружением.

Парадоксальность такого подхода заключается в том, что в сфере чувственной - следствия к поискам подобных объяснений стремятся с наибольшей силой.

Неадекватность. К характеристике необычности шизофренического эмоционально-чувственного колорита относится не только непонятность. При контакте с больным шизофренией поражает несоответствие его эмоциональных реакций актуальной ситуации. Он испытывает страх, смеется, плачет, раздражается либо сохраняет абсолютно бесстрастное выражение лица вне зависимости от обстоятельств. Мы говорим о неадекватности его эмоциональных реакций. Это можно уподобить тому, как если бы художник написал картину, перепутав цвета: небо изобразил зеленым цветом, траву - голубым.

Эта неадекватность эмоциональных реакций затрудняет контакт с больным, ибо мы никогда не знаем, какова будет его эмоциональная реакция в следующую минуту. Шизофреническая неадекватность эмоциональных реакций указывает на существенную особенность наших эмоционально-чувственных связей с окружением, а именно на их согласование с актуальной ситуацией. Эту особенность мы внутренне часто отрицаем, ощущая собственную недостаточную согласованность с настроением окружения. Нередко приходится принуждать себя улыбаться, быть серьезным, доброжелательным и т.д., надевать маску, чтобы отвечать на эмоциональный вызов окружения.

В этом содержится положительный момент, состоящий в том, что мы нередко втягиваемся в дальнейшую эмоциональную интеракцию с окружением. Первоначальное впечатление искусственности постепенно исчезает, и мы проникаемся атмосферой окружения, навязывая одновременно ему свою собственную. Окружение, правда, довольно строго добивается нашего приспособления к своему эмоциональному колориту (<Почему это вы сегодня такой невеселый?>). С другой стороны, однако, оно проявляет определенную терпимость к несовпадению установок и настроений. Без этого рассогласования не могла бы состояться интеракция; среда требует лишь понимания его причин. Понимание и согласованность являются, таким образом, двумя особенностями эмоционально-чувственной интеракции с окружением.

Основная эмоционально-чувственная ориентация. Преувеличение влияния внешней среды на формы эмоциональных проявлений, что противоречит их необычайному разнообразию и непредсказуемости, может быть более понятным, если эмоционально-чувственную жизнь объяснить как самую раннюю форму ориентации в окружающем мире. Эта ориентация требует моментального принятия определенной установки сближения (установка <к>) либо отдаления (установка <от>). Чтобы принять одну из этих установок, необходимо столь же быстро определить установку окружения также в категориях <к> и <от>. Этот взаимообмен установок - сближения либо отдаления - осуществляется автоматически, без участия нашей воли.

Невозможно навязать себе рефлекс симпатии или антипатии; самое большее, что возможно, - это маскировать свои чувства, что является вторичным процессом, налагаемым на первичную, рефлексорную реакцию, процессом, доступным обнаружению внимательным наблюдателем.

Обычно люди не обращают внимания на эту автоматическую эмоциональную интеракцию с окружением; лишь когда кем-то нарушается ее привычный характер, когда на чьем-то лице выражается полное отсутствие, явная маскировка, эмоциональное состояние, не соответствующее актуальной ситуации и т. п., тогда мы моментально реагируем на <необычность> данного человека и начинаем поиски ее причины. <Неадекватные> эмоциональные реакции, не гармонирующие с колоритом интеракции, подвергаются этиологическому анализу. Объяснение чьего-либо или даже собственного <неадекватного> эмоционального состояния действует успокаивающе. Неадекватность, а затем и необъяснимость - два сигнала, возникших вследствие нарушения интеракции с окружением. Когда появляются оба сигнала, возникает чувство необычности, и данный человек воспринимается как странный, чуждающийся, иной. Удивление, вызванное необычностью эмоциональных состояний, требует объяснения их этиологии, и в случае успеха структура эмоционально-чувственной интеракции остается ненарушенной.

Структура эмоционально-чувственной интеракции с окружением. О прочности этой структуры свидетельствует тот факт, что человек распространяет ее не только на людей, но и на животных, по крайней мере на тех, с которыми ему приходится взаимодействовать. Неадекватность эмоциональных реакций животного, например, когда собака рычит на своего хозяина, вызывает удивление, которое сменяется другим чувством под влиянием объяснения такого поведения (собака рычит, потому что ей помешали есть). Если мы не в состоянии объяснить неадекватность эмоциональных реакций животного, например, когда собака съезживается и лает без какого-нибудь повода, мы начинаем искать внешнюю причину - подозреваем, что собака отравлена, что она заболела и т.п. Мы переходим от <понимающей психологии> к <психологии объясняющей>.

Неадекватность эмоциональных реакций можно понять только в целостном контексте с окружением. Известно, что чувства и настроения отличаются разнообразием, изменчивостью и не всегда соответствуют эмоциональному колориту внешнего мира. Почему, ощущая неадекватность собственных эмоциональных состояний, мы столь чувствительны к неадекватности эмоциональных реакций других людей? В том ли только дело, что мы склонны маскировать свои чувства и настроения? По всей видимости, только этим вопрос не исчерпывается. Трудно было бы говорить о маскировке чувств у детей или у животных, их также легко распознать, как и неподлинность чувств вообще. С другой стороны, представим себе человека, настолько поглощенного своими мыслями, что он не замечает того, что происходит вокруг, либо человека, который в сновидении ведет себя как наяву; чувства, которые бы отражались на лице такого человека, и все его поведение не соответствовали бы окружению, не были бы адекватными, и мы были бы не в состоянии их объяснить. Такой человек не принимает участия в эмоциональной интеракции с окружением. Он оказывается оторванным от действительности.

Наши эмоциональные установки являются как бы вступлением, первым включением в то, происходит вокруг нас. После этого вступления следует дальнейшее ангажирование. Это - процесс постоянного обмена со средой. Его

невозможно прервать или остановить. Чувство, которое <застыло> на лице, независимо от его качества, будь то радость, отчаяние или ужас, вызывает у окружающих удивление или даже страх. Такой человек выходит за рамки интеракции с окружением и становится странным, чуждающимся или несколько комичным. Эмоционально-чувственный колорит представляет, таким образом, важнейшую <внутреннюю> составляющую интеракции с окружением, связанную с общей установкой и с подготовкой к более конкретной активности. Он динамичен и подвержен колебаниям, ибо изменчивым является процесс обмена со средой. Он зависит как от среды, так и от самого организма. Поэтому на него оказывают влияние как экзогенные факторы (факторы среды), так и эндогенные (внутренние). Эмоционально-чувственный колорит, оторванный от окружающей действительности, оказываясь в <пустоте>, приобретает качество необычности.

Несмотря на разнообразие форм интеракции с окружением, возможно выделить ее общие закономерности, особенно если свести ее к основным установкам в отношении окружения (<к> - <от>), и именно эти установки субъективно выражаются в эмоциональных состояниях. Эти установки можно обнаружить даже на самых нижних уровнях филогенетического развития, и потому определенные основные закономерности эмоциональных реакций можно наблюдать не только у человека, но также и у животных, особенно у наиболее филогенетически близких нам - у млекопитающих. Неадекватность их эмоциональных реакций может так же бросаться в глаза, как и у человека. Таким образом чувства и настроения, будучи наиболее субъективной и наименее коммуникативной стороной психической деятельности и в то же время ее наиболее общей составляющей, подчиняются закономерностям, нарушение которых тотчас привлекает внимание окружающих. Эмоционально-чувственный колорит, следовательно, при всем его индивидуальном многообразии вписывается в общий колорит окружающего мира и следует его законам.

Необычность эмоционально-чувственной жизни при шизофрении, явным выражением которой для окружающих является ее неадекватность и необъяснимость, таким образом, может объясняться нарушением интеракции с окружением (блейеровский аутизм). Это наиболее существенное и наиболее тонкое проявление аутизма, ибо бывает так, что мир больного еще остается реальным миром, тематически и структурно близким миру психически здоровых людей, но с точки зрения колорита, он уже оказывается <иным> внутренним миром, что выражается необычностью эмоциональных реакций. Эта необычность является симптомом, нередко позволяющим сходу поставить диагноз. К подобным проявлениям относятся, например, какое-то странное выражение лица, отсутствие мимического резонанса во время беседы, чрезмерная фиксированность определенной эмоциональной экспрессии (любви, ненависти, страха), либо ее чрезмерная изменчивость, мимическая рассогласованность, выражающаяся в том, что на лице отражаются одновременно противоположные чувства. Все эти проявления, обобщенно обозначаемые как неадекватность и необъяснимость эмоциональных реакций, побуждают предполагать наличие шизофрении еще до того, как мы получим какие-либо дополнительные данные. Случается даже, что первые сведения, полученные от окружения и от самого больного, не согласуются с первым впечатлением, но, однако, дальнейшее наблюдение подтверждает его правильность.

Чтобы понять своеобразие шизофренического колорита, лучше всего объединить оба упоминавшихся ритма, бодрствования и эмоционально-чувственной жизни, в единый ритм. Обычно мы их разделяем и не

рассматриваем всерьез чувства и настроения, переживаемые в сновидении, несмотря на то что они могут быть более сильными, нежели переживаемые в реальной действительности. Контакт с действительностью обычно смягчает чувства и настроения одиночества, при котором их ритм становится более спонтанным и независимым от внешних стимулов. Отрыв от действительности увеличивает свободу эмоционально-чувственных колебаний как в положительном, так и в отрицательном направлении. Чтобы убедиться в этом, достаточно вспомнить чувства любви, ненависти, серой пустоты и т.п., переживаемые в изоляции от окружения, и оценить, какой интенсивности они достигают, например в сновидениях.

Интеракция с окружением, вызывая эмоциональные столкновения, создает материал для все новых эмоций и чувств, но, с другой стороны, уменьшает их амплитуду - чувства, неподдающиеся действительности, обычно осциллируют между своими первичными биологическими полюсами - кульминационными точками установки <к> либо <от>. Известно, что реализация наших фантазий, а тем более сновидений, нередко могла бы превратить нас в героев, счастливых влюбленных, но также - в самоубийц и убийц. Подобно тому как боль обычно усиливается ночью, когда она не приглушается другими стимулами, возрастает и амплитуда настроений и чувств, когда прерывается интеракция с окружением. Чувство любви, ненависти или страха обычно разряжается, по крайней мере частично, в непосредственном контакте с лицом или предметом, вызывающим это чувство.

Необычная сила чувств при шизофрении - экстатическая любовь, ненависть к себе или окружающим, страх, ужас и т. д., - деформирующая действительность в бредево-галлюцинаторную структуру, является в определенной степени следствием изоляции от эмоциональной интеракции с окружением и перехода на эндогенный эмоциональный ритм, более близкий сновидению, нежели ясному сознанию. Из ясного сознания, как говорит Е. Минковский, больной шизофренией переходит в темное пространство, в котором эмоционально-чувственная жизнь претерпевает патологические изменения. Этот мрак, обусловленный разрывом контакта с окружением, ведет к тому, что эмоциональный колорит становится таинственным и даже неестественным или зловещим.

Наиболее частые элементы шизофренического колорита. Страх. Чувством, наиболее часто встречающимся при шизофрении, является страх. Его интенсивность нередко превосходит пределы человеческого воображения. Внешним его проявлением чаще всего бывает заторможенность либо кататоническое возбуждение, а внутренним - нарушение нейроэндокринного равновесия, которое иногда бывает даже причиной смертельного исхода. Определение последовательности процессов: возникает ли сначала страх, который вызывает нейроэндокринные нарушения, или наоборот, представляется невозможным. Эта проблема снимается, если отойти от дуалистической концепции природы человека. Подобные трудности встречаются при попытках установления временной последовательности отдельных составляющих шизофренических переживаний, а именно, определения того, возникает ли страх сам по себе, или же он вызывается разрушением прежней реальности мира и хаотическим образованием психотического мира, в котором сами ужасные образы или мысли могут, подобно кошмарному сновидению, вызывать пароксизмы страха. В этом случае дело касается уже не разделения на <душу> и <тело>, но разделения самой души на отдельные элементы.

При выделении четырех видов страха(1) обращалось внимание на то, что

дезинтеграционный страх достигает своей кульминационной интенсивности при шизофрении, ибо при шизофрении структура мира подвергается дезинтеграции. Все становится иным, новым и незнакомым - как сам больной для себя, так и его окружение. Рассматривая чувство страха во временном аспекте, следует подчеркнуть, что оно нарастает одновременно с дезинтеграцией ней (механизм порочного круга).

Принимая разделение чувства страха на виды: биологический, социальный, моральный и дезинтеграционный, можно лучше понять механизм его возникновения. А это не всегда означает, что обуславливающая страх ситуация (биологическая или социальная угроза, моральный конфликт или разрушение структуры метаболизма) опережает чувство страха.

1. Kepinski A. Uwagi o psychopatologii leku: zasadnicze postawy uczucio-we // Polski Tygodnik Lekarski. 1966. N 10. P. 366-368. - Kepinski A. Cztery rodzaje leku // Tamze. 1966. N 12. P. 445-445.

Страх также может возникать спонтанно, например в эндогенном ритме колебаний эмоционального колорита, и вызывать чувство биологической или социальной угрозы в зависимости от того, какой механизм реагирования закрепился в ходе развития личности. Например, человек, у которого одним из основных переживаний является страх людей и оценки с их стороны (независимо от того, чем был вызван страх), под его влиянием испытывает чувство социальной угрозы.

Несмотря на то что шизофренический страх имеет прежде всего дезинтеграционный характер, мы не в состоянии определить, что является причиной, а что - следствием: страх ли вызывает дезинтеграцию, или дезинтеграция - страх. Законы причинности, к которым каждый человек весьма привычен, формируются в связи с нашим воздействием на окружающий мир (установка <над> - <действую и наблюдаю результаты своего действия>). В действии устанавливается временная последовательность причины и следствия (post hoc. ergo propter hoc(1)). В случае анализа эмоционально-чувственной жизни упорядочение явлений в плане их временной последовательности вовсе не означает их причинно-следственной связи. То, что какая-то ситуация вызвала чувство страха, в том смысле, что возникла раньше этого чувства, не равнозначно их причинно-следственной связи. При шизофрении человек может бояться галлюцинаторных голосов или образов, и возникает видимость, что они упреждают чувство страха, вовсе не являясь при этом обязательной его причиной. Напротив, галлюцинации могут порождаться состоянием сильного страха.

При попытках исследовать этиологию эмоциональных состояний часто возникает впечатление запаздывания. Одно явление порождает другое, прежде чем мы успеваем в нем сориентироваться. Эта логическая интерпретация чаще всего реализуется ex post? Примером запаздывающей оценки из повседневной жизни может служить поиск достоинств либо недостатков особы, которая вначале показалась нам симпатичной либо антипатичной.

1. После этого - значит по причине этого (лат.).

2. Задним числом; после; позже (лат.).

Определение шизофренического страха как дезинтеграционного не означает, что его тематика всегда связана с разрушением существующей структуры, с

тем, что наступает хаос, что все становится иным, чем прежде, что больного окружают кошмары, ничем не напоминающие прежнюю действительность, что он сам, наконец, трансформируется в совершенно иное существо. Переживания такого вида - бурной трансформации прежнего мира - часто наблюдаются при шизофрении, особенно в остром периоде, но не являются единственным тематическим направлением шизофренических страхов.

Не менее часто встречаются социальный и моральный страхи. Больной боится людей, чувствует исходящую от них угрозу, ему кажется, что за ним следят, преследуют, намереваются его уничтожить. Социальный страх является центральным проявлением бреда преследования. Моральный страх чаще всего встречается в случаях бреда мессианства, когда больной сгибается под бременем своей миссии (charisma) и со страхом оценивает каждый свой шаг в отношении соответствия великой и единственной цели его жизни.

Биологический страх возникает в форме внезапных приступов паники либо постоянного ощущения смерти, угрожающей извне, со стороны воображаемых врагов, либо изнутри, от таинственным образом изменяющегося тела. Может появиться сексуальный страх как вариант биологического страха, например в форме боязни женщин, особенно действительной, либо воображаемой партнерши (бред отравления).

Таким образом, с тематической точки зрения, шизофренический страх характеризуется значительным разнообразием. Однако в любом случае в нем можно обнаружить элементы расщепления прежней структуры, т. е. дезинтеграции. Страх перед людьми является страхом перед людьми изменившимися, иными, нежели те, какими они были раньше. Страх перед собственной совестью является страхом перед трансформировавшейся совестью. Биологический страх связан с изменением чувства собственного тела и его субъективной метаморфозой и т. п. Существенным является изменение, столь необычное, что вызывает чувство страха.

<У страха глаза велики>. Под влиянием страха то, что нам угрожает, приобретает нередко необычайную выразительность, как если бы было освещено мощным лучом света, а все остальное тонуло во тьме. Это освещение детали преувеличивает ее на фоне окружающей темноты. Предмет, с которым связывается чувство страха и который становится его причиной, фокусирует на себе всю интеракцию с окружением, становится как бы ее центральной точкой. Этим и обуславливается его преувеличение.

Не анализируя глубже запутанную проблему причины и следствия в эмоционально-чувственной жизни, необходимо, однако, еще раз напомнить о том, что предмет, с которым связано эмоциональное состояние, не всегда является причиной страха. Известно состояние неопределенного беспокойства (free floating anxiety(1)), которое может как бы зацепиться за какой-то нейтральный предмет, который с этого момента становится причиной тревоги. При шизофрении, когда чувство страха нарастает до масштабов, не встречаемых в повседневной жизни, предмет, который часто оказывается совершенно случайно выбранным в качестве причины этого чувства, становится несоизмеримым с силой вызываемого им страха. С этим, помимо других факторов, связана странность эмоциональных реакций у больных шизофренией. Стимул может быть чрезвычайно слабым и вызывать необычайно сильную реакцию. Чей-то взгляд, жест, ничего на значащее слово, мелкое физическое недомогание и другие пустяковые для окружающих воздействия под влиянием страха вырастают и превращаются в важнейшие события, вокруг которых концентрируются мысли и чувства больного. Это

явление в принципе аналогично тому, что случается испытывать каждому человеку в ситуации, когда он находит предмет для разрядки своего чувства, только вследствие силы чувств при шизофрении несоразмерность между предметом чувства и самим чувством оказывается значительно более резкой.

Чувство страха при шизофрении может достигать разной степени интенсивности. У одних больных оно развивается необычайно бурно, вызывая обычно при этом полное преобразование действительности, которое наполняется ужасными видениями, образами, но иногда страх может сопровождаться лишь чувством пустоты - как бы огромной бездны, поглощающей больного.

1. Свободно плавающая тревога (англ.). 246

У других страх нарастает постепенно - от тревожного ожидания чего-то неизбежного, что должно произойти, до чувства непосредственной угрозы, когда <неизбежное> уже очень близко. Постепенное нарастание страха характерно для бредового настроения (Wahnstimmung)(1).

Наибольшая интенсивность страха наблюдается в первой фазе шизофрении. Затем это чувство обычно ослабевает; больные привыкают к изменению самих себя и окружающего мира.

Кристаллизация бредовой структуры уменьшает неопределенность, а тем самым и чувство страха. Эта проблема имеет существенное значение в плане лечения шизофрении. В последующих периодах болезни, когда уже появляется двойная ориентация, больному иногда бывает легче жить в бредовом мире, нежели в реальном, поскольку в этом последнем он чувствует себя менее уверенно; реальная действительность нередко усиливает его страх. Даже когда в шизофренических переживаниях проявляются другие эмоции, например, радость по поводу освобождения от прежних форм жизни или вследствие открытия своего мессианства, либо чувства безнадежной пустоты, ненависти, экстатической идеальной любви и т. п., в них всегда можно обнаружить присутствие страха. В негативных чувствах (печаль, ненависть и т. п.) это не удивительно, поскольку страх обычно им сопутствует, в позитивных же (радость, любовь) страх, который за ними скрывается и составляет как бы главную тональность шизофренического колорита, с легкостью внезапно вырывается на поверхность, лишая позитивные чувства присущей им ценности.

Есть основание предполагать, что само нарушение эмоционального контакта с конкретным окружением связано с чувством страха. При этом, как обычно бывает в эмоциональной сфере, действует механизм порочного круга: прекращение интеракции с окружением увеличивает страх, а страх в свою очередь увеличивает изоляцию.

1. Этим мотивом, неоднократно привлекавшим внимание, занимался, в частности, К. Ясперс в уже цитированной работе *Allgemeine Psychopathologie*. См. также: Conrad K. *Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns*. Stuttgart; Georg Thieme. 1958.

Человек, изолированный от общества, более подвержен чувству страха, нежели в том случае, когда он находится вместе с другими людьми. С другой стороны, страх перед окружением усиливает желание бежать от него.

Страх при шизофрении связан с ее новыми симптомами, т. е. с аутизмом и

расщеплением.

Другие негативные чувства. Другие чувства, которые хаотическим и бурным образом развиваются при шизофрении, можно разделить на светлые и темные. Следует, однако, уточнить, что даже при светлом колорите несильно выраженная, но глубоко проникающая примесь страха придает шизофреническому миру необычайность и ощущение ужаса.

Из негативных чувств (<темный> колорит) кроме страха следует назвать печаль и ненависть.

Печаль. Шизофреническая печаль отличается от печали циклофренической. Это отличие трудно выразить посредством словесного описания, но оно бывает вполне ощутимо и обычно с легкостью позволяет отличить эндогенную депрессию от шизофренической.

При депрессии больной как бы погружается в темноту. Он ощущает себя как бы отделенным от мира черной стеной. Черным представляются прошлое, настоящее и будущее. Больной, глядя на работающих, развлекающихся, смеющихся людей, испытывает такое чувство, как если бы смотрел на них из глубокого колодца; где-то высоко сияет солнечный день, который его только раздражает контрастом с безнадежностью его существования.

При шизофрении печаль соединяется с пустотой. Это - не печаль черной бездны, но печаль выжженной степи, вымершего города, лишенной жизни планеты. В этой пустоте может ничего не происходить, как при простой шизофрении: она может заполниться фантастическими фигурами или сценами, как в случае бредовой шизофрении; в ней могут происходить вспышки страха, гнева, экстаза, как, вероятно, в кататонической фазе. Реальный мир с его радостями, печалью и игрой разнообразных красок, связанных с той или иной эмоциональной ситуацией, оказывается как бы горизонтом этого пустого пространства. Больной не может до него добраться, он слишком далеко от него.

Разрыв контакта с реальной действительностью наблюдается также в случае глубокой депрессии. Депрессивный аутизм возникает, однако, как следствие погружения в печаль; глубина является его существенным измерением. Шизофренический же аутизм и связанная с ним печаль вытекают из самого объема пустого пространства, отделяющего больного от обычной жизни. Здесь решающей является не глубина, но обширность пустоты.

Различие между шизофренической печалью и печалью циклофренической, которую мы обозначили здесь с помощью сравнения с пустым пространством и глубокой бездной, проявляется в экспрессии этих видов печали, а также в различном реагировании на психотерапевтическое воздействие. Мимика, жестикуляция, поза тела, движения, словесная экспрессия в циклофренической печали <втиснуты> в доминирующее настроение; по ним можно лишь определять его глубину. При шизофренической же печали все эти формы экспрессии как бы разлиты по широкой поверхности - помимо печали выражаются другие, нередко противоположные чувства. Подход к больному в случае эндогенной депрессии требует углубления в его печаль. Нельзя больного силой <тянуть вверх>, к игре, развлечениям и т. п. Веселые лица его раздражают; он лучше себя чувствует среди людей печальных. При шизофренической же депрессии необходимо создавать для больного наибольшие возможности контактов с окружением. Поэтому метод <открытых дверей> в психиатрии имеет особенно большое значение при лечении

больных шизофренией. Предоставление больному максимальной свободы и облегчение контактов с другими людьми может уменьшить дистанцию, отделяющую его от внешнего мира, и тем самым ослабить его депрессию.

Шизофреническая печаль имеет разные оттенки: ненависть к себе и ко всему миру, отсутствие желания жить и сил для жизни, пустоты первичной либо вторичной (присутствующей с самого начала заболевания, либо возникшей по окончании острой фазы).

В каждом отдельном случае больной требует несколько иного подхода; например, мелкие успехи могут уменьшить неприязнь к самому себе, а доброжелательность - неприязненное отношение к окружающим. Требуемое для работы усилие может вернуть силы и желание жить, может уменьшить чувство пустоты. Поворотным моментом всегда является установление эмоционально-чувственного контакта с окружением.

Ненависть. Шизофреническая ненависть может быть либо сконцентрированной и относиться, например к отдельным лицам или ситуациям, либо разлитой, т. е. охватывать весь мир.

В первом случае она чаще всего бывает результатом нормальной осцилляции чувства между противоположными полюсами любви и ненависти, амплитуда которой при шизофрении чрезвычайно возрастает, либо также связывается с чувством страха. Действительная или бредовая ситуация, вызывающая страх, возбуждает также и ненависть.

Во втором случае внешний мир, который нередко в течение всей жизни больного был для него неприятным, становится ненавистным и заслуживающим только уничтожения. В силу закона двойной направленности чувств ненависть к окружению связывается с ненавистью к самому себе. Эта ненависть при шизофрении нередко достигает необычайной интенсивности, побуждая больного к жестоким актам аутоагрессии и суициду.

Позитивные чувства. Радость. Шизофреническая радость редко касается конкретных жизненных вещей: успехов, удовлетворения биологических потребностей и т. п. Обычно она бывает абстрактной радостью, не связанной с активностью, удовольствиями, развлечениями обычной жизни. Это радость необычная, <неземная>. Чаще всего встречаются три типа шизофренической радости: вызволения, озарения и посвящения. Радость вызволения вызывается чувством освобождения и сбрасыванием прежней маски, отрицанием социальных отношений, эмоционально-чувственных связей, нередко фальшивых и неприятных. В ней присутствует ощущение легкости отрыва от реальной действительности. Определенные черты этого типа радости встречаются при гебефренической форме шизофрении. Радость озарения обуславливается усмотрением нового порядка вещей; в ней присутствует восхищение новым миром и новым самим собой. Радость посвящения связана с чувством посланничества, в котором находят цель и смысл жизни.

Подобно печали, шизофреническая радость также существенно отличается от радости циклофренической. Шизофреническая радость - не маниакальная активность, незахваченность вихрем жизни, создаваемым самим больным, никакой не великий карнавал, но восхищение миром, который открывается в новой форме. Циклофреническая радость - <земная>, шизофреническая - <неземная>.

Любовь. Шизофреническая любовь - любовь абсолюта - идеальной женщины,

бога, человечества, идеи.

В каждом человеке существует определенная деформация действительности, состоящая в том, что предмет чувства более соответствует образу, созданному самим чувством, нежели действительности. Быть может потому, что больной шизофренией часто бывает лишен любви (<шизофреногенная> мать, эмоционально-чувственная пустота в детстве, трудности в установлении приятельских, а позднее сексуальных контактов, застенчивость и т. д.), потребность любви у него тем больше, чем труднее ее достичь. Подобно радости, любовь также становится <неземной>, чистой, идеальной. В представлении больного всякий контакт с действительностью оскверняет любовь. Сексуальная связь, вместо того чтобы быть ее кульминацией, уничтожит ее; чем дальше любовь отклоняется от действительности, тем полнее расцветает. В поисках любви контакт с действительностью приобретает отрицательный знак, а отрыв от нее - знак положительный. Первый ее уничтожает, второй - укрепляет.

Рассматривая шизофрению с этой точки зрения, можно было бы считать ее великим исполнением любви, которой больной в течение всей своей жизни был лишен и которая открывалась ему в болезни, в мире, действительном для него, хотя и нереальном для окружения. В этом раскрытии любви она достигает необычайной силы, которой в реальном мире достичь не может, поскольку сила чувства слабеет в результате столкновения с действительностью.

Любовь при шизофрении идет в паре с аутизмом. Контакт с действительностью оказывается лишь источником страдания, а переживание любви может дать только нереальный мир, который лишь под влиянием чувства превращается в мир действительный (психотическая реальность). Успех терапии в случае шизофрении в большой степени зависит от того, удастся ли больному найти в окружающей действительности предмет любви. Это может стать поворотным моментом в его отношении к реальной действительности; вместо того чтобы отталкивать, она начинает его притягивать.

Амбивалентность и двойная направленность чувств. Амбивалентность и сила чувств. Осциллирование чувств между позитивным и негативным полюсами в отношении того же самого объекта (амбивалентность) и переживание таких же самых чувств по отношению к самому себе, что и к объекту - двойную направленность - следует считать нормальными явлениями психики. Степень эмоционально-чувственной осцилляции - <люблю и ненавижу> - зависит от типа личности: она выше, например, у шизофреников, нежели у циклотимиков. Она зависит также и от силы самого чувства: амплитуда колебаний увеличивается, когда чувства становятся сильнее. У одних людей чувства начинают осциллировать уже при слабой их выраженности, например у лиц истерического типа личности, иногда психостеников, а также у шизофреников. У других колебания начинаются лишь при сильных чувствах, например, у циклотимиков или у эпилептиков. Амплитуда осцилляции маленькая у циклотимиков и большая у шизофреников. Колебания чувств связаны с основной особенностью колорита шизофренического мира, а именно с его изменчивостью.

Двойная направленность и единство внутреннего и внешнего мира. Двойная направленность чувств указывает на единство собственного мира и мира внешнего. Она является как бы остаточным явлением раннего периода жизни, когда еще не существовало границы между <я> и внешним миром. Тот факт, что чувственный вектор, помимо стрелки главным образом указывающей на

объект чувства, имеет дополнительную стрелку с тем же знаком, направленную на самого себя, так, что, любя кого-то, человек любит и себя, ненавидя кого-то - ненавидит и себя, свидетельствует о том, что в эмоционально-чувственных связях не существует резкого разделения между объектом и субъектом. Граница между ними бывает отчетливо выражена в других формах активности, при которых субъект четко противостоит объекту. Первичность эмоционально-чувственной жизни как в филогенетическом, так и в онтогенетическом плане как бы находит свое выражение в сохранении состояния, близкого к раннему периоду развития, когда только еще образуется граница между собственным миром и миром окружающим.

Амбивалентность. При шизофрении этот симптом встречается настолько часто, что некоторые авторы считают его одним из основных проявлений болезни. Возможно, такой подход не вполне правомерен, так как амбивалентность является одним из элементов расщепления психики, и, следовательно, нет оснований выделять ее как отдельный основной симптом. Тем не менее состояние <люблю и ненавижу> - одно из наиболее частых шизофренических переживаний, следствием которого является затруднение, а в ряде случаев и невозможность для больного установить эмоционально-чувственный контакт с окружением. При попытках такого контакта амбивалентность чувств для него столь мучительна, что пациент в конце концов прерывает все эмоциональные связи с окружением и погружается в мир эмоционально-чувственных фантазий.

Стабилизация чувств вследствие деформации картины действительности. Стабилизация чувств под влиянием формирования воображаемых образов не относится к редким явлениям психики. У человека большая любовь или ненависть связывается не с реальным объектом, но с преобразованным или сформированным под влиянием этого чувства образом. В этом смысле каждое сильное чувство является немножко помешательством, ибо трансформирует картину действительности и под влиянием этой трансформации закрепляется. При менее выраженных проявлениях чувств воображаемый образ не формируется. В этом случае обнаружение отрицательных черт у объекта, в общем вызывающего положительные эмоции или чувства, или положительных черт у объекта, вызывающего отрицательные эмоции или чувства, вызывает всего лишь сомнения типа: <он, впрочем, не такой уж добрый и красивый>, либо, наоборот, <плохой>, <страшный>, которые, повторяясь, могут изменить эмоциональное отношение от позитивного к негативному, или наоборот. Там же, где чувство очень сильное, такое изменение крайне затруднительно, а иногда и абсолютно невозможно.

Существует определенная пропорциональность чувств - чувство со знаком, противоположным первичному чувству, бывает близко по силе к этому последнему. Таким образом, когда предмет нашего чувства внезапно возбуждает в нас противоположное чувство, оно становится таким же сильным, как и первичное. Великая любовь сменяется великой ненавистью, и наоборот. То, что возбуждает сильный страх, обладает одновременной притягательной силой.

От болезненной смены знака эмоционального вектора мы защищаемся фальсифицированием реальной действительности. Например, объект, вызывающий сильные чувства, наделяется чертами, созданными нашими чувствами; черты противоположного характера, которые могли бы изменить эмоциональное отношение, преуменьшаются либо не воспринимаются.

Таким образом достигается эмоционально-чувственная стабилизация. Такая

стабилизация необходима для экономии усилий в отношениях между людьми. Невозможно свободно действовать в эмоционально неопределенном пространстве, не зная, будет ли данное лицо, с которым мы постоянно сталкиваемся, вызывать страх, ненависть или любовь. В огне сильного чувства как бы трансформируется образ лица, с которым нас связывает эмоционально-чувственное отношение. Этот образ становится прекрасным в свете позитивных чувств и отталкивающим - в случае негативных; в обоих случаях тем менее верным, чем сильнее чувства.

Г. С. Салливан справедливо подчеркивает, что ребенок, сталкиваясь с плохим обращением со стороны родителей, легче принимает убеждение, что он сам плохой (<bad me>), нежели, что плохие они. Если бы родители в его глазах стали плохими, разрушились бы самое сильное и самое раннее чувство (установка <к>) и построенный на его основе порядок окружающего мира. Известно, сколь тяжелым бывает у подростков кризис их чувств к родителям, когда их идеализированный образ подвергается переоцениванию, кризис, в определенной степени необходимый для освобождения от семейного круга. Идеализация образа предмета любви, после которой нередко приходит его диаметрально противоположная оценка, когда чувство угасает, весьма обычное и распространенное явление.

Подобным образом обстоит дело и в тех случаях, когда объектом чувств являются предметы, животные, идеалы, социальные группы и т.д. Их образ тем более разнится с действительностью, чем сильнее чувства. Благодаря этому мы живем в стабильном мире, в котором мы не подвержены риску сталкиваться с тем, что то, что недавно возбуждало любовь, теперь вызывает страх, или ненависть, либо наоборот.

Эмоционально-чувственные стереотипы. Стабилизации эмоционально-чувственной жизни, которая противостоит ее естественной изменчивости, способствует формирование уже в раннем периоде жизни эмоциональных стереотипов, т. е. основной схемы эмоционально-чувственных связей с окружающим миром. В дальнейшей жизни новые лица, предметы, ситуации будут занимать лишь определенное место в данной схеме. Благодаря этому мы имеем как бы готовую эмоционально-чувственную структуру окружающего пространства; в ней изменяются лица и ситуации, занимающие узловые пункты, но эмоциональное отношение оказывается уже определенным изначально. Принятие той или иной эмоциональной установки в отношении окружения требует моментального решения; момент колебания должен быть очень коротким, ибо в противном случае вместо той или иной формы интеграции с окружением было бы только колебание чувств и эмоций между противоположными полюсами. Эмоционально-чувственный стереотип облегчает быстрое принятие определенной установки на основе идентификации актуальных лиц и ситуаций с теми, что встречались раньше.

Благодаря этому мы никогда не имеем дела с пустым пространством. Оно сразу же наполняется готовой эмоциональной структурой. В отношении новых элементов окружения воссоздаются старые эмоционально-чувственные стереотипы, что, правда, фальсифицирует их образ, ибо под влиянием прежних чувств новое воспринимается с определенным искажением, но зато увеличивает уверенность действий в новом пространстве. Появление амбивалентности свидетельствует о недостаточной закреплённости сформировавшейся в детстве эмоционально-чувственной структуры. Это случается, когда вызванные новой ситуацией чувства слишком сильны и не вмещаются в прежние образы, либо когда образец оказался неудачным. В современной психопатологии шизофрении много внимания посвящается

раннему детству в поисках корней будущего заболевания в этом периоде.

Эмоционально чувственная пустота, создающаяся вокруг ребенка вследствие патологической эмоциональной атмосферы в семье (нежеланный ребенок, мать, маскирующая недостаток материнских чувств преувеличенной заботливостью, тенденцией к доминированию либо безразличием, либо даже враждебностью; враждебный, даже деспотичный отец, или, наоборот, слабый, подчиняющийся; изоляция на первом году жизни на несколько месяцев от матери и т. д. препятствует формированию прочного эмоционально-чувственного стереотипа. Такой ребенок вырастает эмоционально неустойчивым человеком, которому в новых ситуациях недостает образца, на который он мог бы опереться; эмоциональное решение приходит у него с опозданием после менее или более значительных колебаний.

Эмоциональная экспрессия. Амбивалентность при выражении эмоций легче всего распознается через мимику и жестикуляцию. На лице больного могут в течение коротких промежутков времени либо даже одновременно появляться два противоположных чувства (любви и ненависти, радости и печали и т. п.). Иногда мимика становится настолько <рассогласованной>, что трудно описать выражаемые больным чувства. То же самое относится к жестам: они отражают противоположные чувства и тенденции. Больной дружелюбно протягивает руку для приветствия и в тот же самый момент с тревогой отдергивает ее назад; с радостью обнимает кого-нибудь из близких, но внезапно застывает в этом объятии и отталкивает его от себя; хочет встать и выйти, но продолжает сидеть и т. п.

В случае противоположных актов воли или мыслей мы говорим об амбитенденции либо амбисентенции(1).

Эмоциональная экспрессия - если это не намеренно созданная <маска> - не зависит от воли; она осуществляется бессознательно, следовательно, принятие определенной эмоциональной установки не является решением в смысле сознательного выбора альтернативы. Этот выбор осуществляется бессознательно, аналогично тому, как это происходит в автоматизированных действиях или в автономных нейровегетативных реакциях. Эмоционально-чувственная динамика является фоном, на котором реализуются более сложные формы активности, переживаемые как сознательный акт выбора.

1. SpettK. Objawy z gupy ambiwalencji //Przgiad Lekarski. 1949. N 6. P. 195-200.

Проблема выбора между противоположными тенденциями присуща, как представляется, природе каждого живого организма. В самой простой схеме это был бы выбор между принятием и отвержением окружающего мира, включением либо исключением из процесса информационно-энергетического обмена с окружающим миром. В отдельной клетке он выражался бы увеличением либо уменьшением его проницаемости клеточной оболочки. В нервной клетке от этого <решения> зависит возникновение нервного импульса. Процесс обмена со средой принимает самые разнообразные формы, и помимо выбора основной установки (<к> или <от>) возникает необходимость выбора между отдельными формами поведения, т. е. между так называемыми функциональными структурами.

Проблема сознательного выбора, т. е. акта воли, поддается оценке лишь у человека, так как только человек располагает возможностями интроспекции и коммуникации.

Наблюдая у животных определенные формы поведения, напоминающие колебания человека перед принятием решения, а после его принятия упорное продолжение одного вида активности даже вопреки препятствиям, можно бы допустить, по крайней мере у высших млекопитающих, возможность переживаний, подобных человеческому акту воли. Разумеется, можно также полагать, что у животных выбор между альтернативными формами поведения осуществляется автоматически. В конце концов, у человека многие из важных решений (как, например, выбор основной эмоциональной установки) осуществляются без участия сознания. Неосознаваемые решения можно разделить на такие, которые были неосознаваемыми изначально, и такие, которые стали бессознательными вследствие их частого повторения.

Бессознательные решения. К ним относятся те формы активности, от которых непосредственным образом зависит реализация двух основных биологических законов: сохранение собственной жизни и жизни вида. Человек, конечно, может задержать свое дыхание, перестать пить и есть, жить в сексуальном возбуждении и, в конце концов, лишиться себя жизни, т. е. своим сознательным решением противопоставить себя законам сохранения собственной жизни и жизни вида, однако до тех пор, пока он не примет такое решение, эти действия осуществляются автономно. Без участия его воли принимается решение, будет ли дыхание более быстрым или более медленным, более или менее глубоким, переваривать ли съеденную пищу или избавиться от нее и т. п. Без участия его воли происходят овуляции и поллюции. Чем более неотложной является необходимость реализации потребности, тем меньше участие сознательного решения. Невозможно осуществить самоубийство посредством задержки дыхания, но его можно реализовать, отказавшись принимать питье и пищу. Потребность в кислороде является более неотложной, нежели потребность в пище или питье.

Факторы социального характера в малой степени влияют на способ дыхания (хотя и здесь определенные влияния существуют, например, не принято шумно дышать ртом), но уже выражение влияют на способ принятия пищи и еще сильнее - на сексуальное поведение.

В сознательном выборе в конечном счете обычно всегда побеждает функциональная структура, соответствующая основным биологическим законам; свобода воли там, где дело касается выполнения этих законов, представляется достаточно проблематичной. Сознательные решения в подобных случаях отступают в пользу генетически более ранних - неосознаваемых.

Вторая группа неосознаваемых решений - это те решения, которые в результате многократного повторения подверглись автоматизации. Автоматизация являет собой пример экономии в работе нервной системы. Действия, для выполнения которых требовалось участие всей нервной системы в целом, по мере повторения производятся бессознательно. Учась, например, печатать на машинке, мы контролируем каждое движение, прежде чем принять решение, по какой клавише ударить; по мере освоения навыка моменты колебания становятся все короче и реже и, наконец, редуцируются до инициального решения: печатать или не печатать; остальная активность и связанные с ней выборы между теми или иными структурами действий осуществляются за пределами поля сознания. Благодаря автоматизации увеличивается чувство власти над нашей активностью: достаточно приказа: иду, пишу, танцую - и действие выполняется с должной безупречностью. Экономия работы нервной системы субъективно ощущается как избегание психического усилия. Ребенок, учась писать, помимо усилий, связанных со

словесным формулированием своей мысли, часто значительно больше усилий должен вложить в сам акт письма, от которых уже свободен человек, умеющий писать.

Автоматизация в определенной степени относится ко всем видам активности. Мы воспринимаем, мыслим, действуем так, как мы этому научились; уже отсутствуют колебания перед выбором той или иной форм активности. Выбор осуществляется автоматически, поскольку функциональная структура, многократно повторявшаяся, легко одерживает верх над той, которая является новой и непривычной.

Воспринимая какой-то предмет, мы обычно не испытываем сомнений в связи с его распознаванием. Решение возникает автоматически, без участия нашего сознания. Колебания и чувство сознательной необходимости решения возникают тогда, когда предмет воспринимается нечетко, либо когда мы не знаем, с чем его идентифицировать. Невозможность принятия решения вызывает беспокойство, которое экспериментально можно показать, например, используя двойственные изображения.

Подобным образом в поведении человека многие решения принимаются автоматически, без участия сознания. Обычно мы не задумываемся, подать ли кому-то руку для приветствия или ответить ли на чей-то вопрос. Колебания появляются тогда, когда ситуация становится конфликтной, т. е. когда противоположная функциональная структура, например желание не подавать руку или не отвечать на вопрос и т. п., слишком сильна, чтобы подчиниться доминирующей структуре, действующей без участия сознания.

Можно вообразить такую ситуацию, при которой решения, связанные с удовлетворением основных биологических потребностей, находятся в противоречии с решениями, к которым человек приходит в силу накопления жизненного опыта. Это - решения бессознательные, одни из которых являются автономными, другие - автоматизированными. Это был бы конфликт, напоминающий борьбу между <оно> и <сверх-я>, по Фрейду, которая разворачивается за пределами сознания. Другой пример также иллюстрирует эту проблему. Автономное решение, касающееся потребности в пище либо отсутствия таковой, зависит от interoцептивных сигналов, информирующих об уровне глюкозы в крови, тонуса мышц желудка, кишечника и т.п., в то время как автоматизированное решение зависит от установленного времени приема пищи, от экстероцептивных сигналов, таких как запах, вкус, вид лакомств и т. п.

Могут столкнуться автономное решение <не есть> и автоматизированное <есть>. Можно почувствовать себя голодным при виде лакомств, не испытывая потребности в пище; наоборот, вопреки этой потребности можно не ощущать голода, если, например, еще не подошло время обеда и доминирует заинтересованность в чем-то другом. В обоих случаях верх одерживает автоматизированное решение. Однако, когда человек очень голоден, тогда определенные нормы поведения, такие как формы и время приема пищи, запрет на чужую собственность и т. д., могут не соблюдаться. Это происходит бессознательно. Так, например, решение об игнорировании форм принятия пищи, которым человек научился в ходе жизни, в пользу более примитивных, но скорее утоляющих голод, ранее не употреблявшихся, принимается автоматически.

Известно, что многие вопросы, связанные с нашим восприятием, поведением, деятельностью, разрешаются за пределами нашего сознания, что значительно

облегчает жизнь. Иначе мы колебались бы перед принятием многих, даже самых простых решений, и тогда возник бы хаос из-за невозможности принятия решений вообще.

Расширение поля сознания за счет неосознаваемых решений при шизофрении. При шизофрении наблюдается распространение поля сознания на неосознаваемые решения - автономные и автоматизированные. Действия, в норме выполняемые бессознательно, приобретают у больного значение вследствие самого факта, что он колеблется между противоположными возможностями их выполнения; более того, обе противоположные функциональные структуры, одна из которых в норме отбрасывается в момент решения, при шизофрении, вероятно вследствие замедленности процесса решения, реализуются в двигательной активности, и таким образом два противоположных действия осуществляются одновременно.

Перед каждым сознательным действием имеет место колебание, связанное с выбором формы активности; как мы стремились показать, такое колебание, вероятно, присуще всем видам активности, даже самым простейшим, но лишь самые трудные решения, требующие ангажированности всей нервной системы, принимаются на уровне сознания. Подобное колебание является как бы внутренним делом каждой системы; активность, реализуемая во внешнем плане, должна быть однозначной - она не должна содержать в себе <да> и <нет>, она осуществляется только после принятия решения.

Нервная клетка может <колебаться>, реагировать ли на действующие на нее сигналы; под их воздействием возникают локальные изменения потенциала клеточной оболочки и ее проницаемости. Эти изменения - двояконаправленные: в одном месте под влиянием поступающего импульса происходит увеличение проницаемости клеточной оболочки, в другом - ее уменьшение. Эти изменения, однако, не проявляются вовне в том смысле, что они не могут стать сигналом для других нервных клеток либо эффекторных органов; это - <внутреннее>, <приватное> дело самой клетки. Реакция в форме целостного разряда клетки, который становится сигналом для окружения, т. е. других нервных клеток либо эффекторов, является уже однозначной - <да> либо <нет>.

Принцип однозначной активности может нарушаться в случае трудных ситуаций; тогда пытаются реализовать противоположные структуры. Решение подвергается испытанию реальной действительностью, и в зависимости от результатов проверки оно может быть изменено. Это известный метод проб и ошибок. Решение подать руку для приветствия, в общем, не представляет трудности и, как уже упоминалось, осуществляется автоматизировано, т. е. без участия сознания. Однако случается, что оно становится трудным решением; человек борется с собой, подать ли руку для приветствия или нет - и это колебание может перейти во внешний план. Тогда мы делаем попытку протянуть руку, но тотчас удерживаемся от этого. Процесс формирования решения оказался незаконченным до начала действия. Одна из функциональных структур (движение руки для приветствия) не одержала полностью верх над другой (удержания от приветствия), и реализовывались то одна, то другая.

Если здесь одновременно обсуждаются проблемы амбивалентности и амбисентенции и, следовательно, нарушения в сфере чувств и воли, то это потому, что как для тех, так и для других существенной является невозможность принятия решения. В эмоционально-чувственной жизни это решение осуществляется за пределами нашего сознания. Мы не можем

заставить себя кого-нибудь любить или ненавидеть, вызвать у себя радость, печаль или страх. Осознаваемым бывает само чувство, но не осознается решение; отсюда впечатление, что чувство приходит само собой, что оно не зависит от нашей воли. Ибо, воля основывается на возможности выбора, на сознательном решении. Ее сфера, однако, не может быть слишком широкой, она должна охватывать те элементы поля интеракции с окружением, которые являются наиболее важными и наиболее трудными.

В этой интеракции формируются своеобразные градиенты важности: старое, привычное, многократно повторявшееся, либо необходимое, как, например, биологические потребности, уходит на дальний план, не требуя усилия, связанного с принятием решения, так как решение осуществляется автоматически, без участия сознания, в то время как новые ситуации, требующие обработки и апробирования новых функциональных структур, занимают в этой иерархии первое место. Таким образом, усилие, связанное с сознательным решением, становится усилием, направленным на создание новых функциональных структур.

У больного шизофренией представленная иерархия ценностей оказывается разрушенной; все становится для него проблемой, любая мелочь требует сознательного решения и волевого напряжения. Защитой от перенапряжения воли является уход от контактов с окружением и формирование патологических автоматизмов, основывающихся на том, что исчезает чувство управления этими действиями, в норме зависящими от воли. Шизофреническая амбивалентность раскрывает механизм колебания и принятия решений, который, в норме будучи скрытым, подобно амбитенденции, со всей яркостью обнаруживается в тех действиях, при которых сознательное решение не является необходимым. Амбитенденцию понять легче, чем амбивалентность, так как трудности выбора между различными возможностями активности являются весьма распространенными в тех ситуациях, которые в норме подобного колебания не вызывают. Когда мы видим, как больной шизофренией вытягивает руку и отдергивает ее назад во время приветствия, как он встает со стула и прерывает движение, чтобы сесть снова, как высказывает два взаимно противоречащих суждения, нас это не удивляет в такой степени, в какой удивляет то, что мы видим на его лице одновременно два противоположных эмоционально-чувственных выражения. Каждому действию, связанному с волей, предшествуют колебание и выбор; для больных шизофренией этот выбор чрезвычайно затруднен и часто оказывается вообще невозможным, в то время как эмоционально-чувственное состояние и его экспрессия (за исключением намеренно навязанного себе лица) не зависят от их воли.

Амбитенденция в определенной мере является следствием амбивалентности. Чтобы какая-то активность могла быть реализована, вначале должно быть принято первое и основное решение: какую позицию следует занять в отношении данной ситуации, действовать или отдыхать, приблизиться к ней или отдалиться. Решение, вытекающее из первого вопроса, переживается как настроение, а связанное со вторым - как эмоциональная установка. Лишь на этом фоне развивается интеракция с окружением, требующая сознательного решения. Если решение, связанное с фоном, оказывается невозможным и если оно осциллирует между противоположными полюсами (амбивалентность), то невозможным становится и волевой акт - решение выбора одного из противоположных видов активности (амбитенденция).

Ситуация в принципе подобна той, что существует в физиологии движения. Движение, подчиненное воле, развивается на фоне движений,

противодействующих силе тяжести, обеспечивающих соответствующую позу частей тела, непосредственно при данной активности не ангажированных, и, наконец, движений, выражающих эмоциональное состояние. Запланированное движение не может осуществляться эффективно без соответствующего двигательного тонуса, что ярко проявляется при повреждении связанных с ним нервных путей.

Как амбивалентность, так и амбитенденция относятся к симптомам расщепления (schizis). Выше мы стремились показать, что расщепление волевого акта (амбитенденция) является следствием эмоционально-чувственного расщепления, т. е. амбивалентности. Остается открытым вопрос, каким образом это расщепление возникает, либо, формулируя вопрос по-другому, почему таким трудным оказывается вопрос выбора основной эмоционально-чувственной установки?

Принцип вероятности. Трудность выбора пропорциональна трудности ситуации; идя по ровной дороге, мы не задумываемся о том, как поставить ногу; ходьба осуществляется без сознательного регулирования; спонтанная свобода утрачивается и дальнейшая активность требует сознательного решения, когда дорога становится трудной. В первом случае решение о том, какое выполнить движение, осуществляется быстро, только часть нервной системы при этом задействована, так как функциональные структуры вследствие многократного повторения данной активности были редуцированы до абсолютно необходимых.

Рефлекторная дуга в подобных случаях сокращается до необходимого минимума. Подобное сокращение возможно лишь тогда, когда интеракция с окружением опирается на принцип надежности, означающий, что существует почти полная вероятность того, что определенное действие вызовет определенную реакцию окружения. В примере ходьбы такой гипотезой является то, что определенное движение ноги будет иметь следствием контакт с землей, о котором сигнализируют соответствующие рецепторы поверхностной и глубокой чувствительности. Когда гипотеза не подтверждается, когда нога не соприкасается с твердым грунтом, тогда автоматизм прерывается; решение должно реализовываться на более высоком уровне интеграции. Ходьба из уверенной превращается в неуверенную, при которой каждый шаг требует контроля и сознательного решения. Однако, в общем, ходьбу можно считать такой формой интеракции с окружением, которая опирается на принцип надежности; реакция окружения соответствует предвидению; неожиданности столь редки, что ими можно пренебречь.

Принцип надежности обеспечивает экономию деятельности организма, поскольку вместо множества способов интеракции с окружением в расчет принимаются лишь немногие, степень же вероятности их успешной реализации значительно выше, нежели в том случае, когда принцип надежности не гарантирован (например, если человек идет по узкой тропе над пропастью). Решение в таких случаях не представляет трудности, поскольку разница в степени вероятности реализации между отдельными структурами настолько велика, что структуры, не закрепившиеся в результате многократного использования, располагают минимальными возможностями выбора.

Пример с автоматизацией ходьбы был выбран в силу его простоты. Стоит, однако, вспомнить, что при шизофрении даже в случае таких простых и, казалось бы, незначительных форм активности проявляются странности, вытекающие либо из амбитенденции, когда больной колеблется при

выполнении каждого шага, либо из выбора необычных движений, которые в норме не имели бы никаких шансов в реализации. Вследствие перемещения таких автоматизированных действий в сферу сознательного решения она приобретает значение, которое в норме не существует и в принципе совершенно излишне. Колебание либо невозможность принятия решения ведет к поиску причин и целей. При высокогорном восхождении каждый шаг определяется его целевой причинной обработкой. Когда больной шизофренией раздумывает, как поставить ногу, его колебания заполняются мыслями. Его одолевает сомнение по поводу того, например, что если он поставит ногу определенным способом, то это будет означать что-то иное, нежели в том случае, если он поставит ее по-другому; если в конце концов выберет какую-нибудь форму движения, то в его представлении она приобретет особое значение. Шаги больного - это не автоматизированная ходьба, но шаги преследуемого, осуждаемого, героя, бога и т. п.

Если бы ходьба не автоматизировалась, если бы было необходимо всегда вкладывать в нее столько усилий, сколько вкладывает в нее маленький ребенок, если бы выполнение каждого движения требовало сознательного решения, то подобную инвалидность следовало бы объяснять каким-либо повреждением таких частей и функций организма, которые связаны с соответствующим движением (органы чувств, мышцы и связывающая их рефлекторная дуга), либо отсутствием среды, обеспечивающей стабильность, необходимую для формирования автоматизмов. Например, у человека, который никогда не имел возможности ходить по твердому грунту, не вырабатывается автоматизм движений, следовательно, такая активность требует от него весьма значительных усилий.

Принцип надежности обязателен в равной мере для обеих систем, участвующих в интеракции: для живого организма и для его среды. Среда обеспечивает уверенность, что определенная активность организма вызывает определенную реакцию окружения, а организм - то, что на определенный стимул из окружения он будет реагировать соответствующей формой поведения. Обе системы, участвующие в интеракции, тесно связаны между собой, создавая единое целое, которое определяет конкретику жизни (*conspicere* - расти вместе, развиваться). Эмоциональные реакции, вероятно, являются первым субъективным отражением интеракции живого организма с окружением. К сожалению, можно только предполагать, в какой момент физиологического и онтогенетического развития появляются такие реакции в качестве предвестников будущего человеческого сознания. Поскольку они появляются раньше всего среди других форм переживаний и, вероятно, в течение длительного периода филогенетического и онтогенетического развития являются единственными формами психической жизни, они сопутствуют первым формам интеракции с окружением. Рефлекторная дуга в раннем периоде онтогенетического развития человека еще очень коротка, и в нее не включены еще самые молодые части мозга (*neocortex*). Отростки нервных клеток *neocortex* лишь в течение первых лет постэмбрионального периода покрываются миелиновой оболочкой. Миелинизация является признаком функциональной зрелости проводящих нервных путей. Краткость рефлекторной дуги в период раннего детства сравнительно с рефлекторной дугой зрелого возраста, построенной из миллиардов нервных клеток, сокращает дистанцию между рецептором и эффектором и увеличивает возможности формирования разнообразных функциональных структур.

Амбивалентность, или неспособность принятия эмоционального решения, обуславливает колебания шизофренического колорита между установками <к> и <от>, и это является одной из причин его необычности и даже

зловеще-жуткого характера.

ЛЕЧЕНИЕ

По всей вероятности, ни при каких других заболеваниях не применялось столько разнообразных методов лечения, как при шизофрении. Почти каждое крупное открытие в области медицины побуждало к попыткам апробирования новых методов лечения, опирающихся на созреваемые *ad hoc*(1) этиологические гипотезы.

Когда на переломе XVIII и XIX веков занялись исследованием кровообращения мозга, то причины шизофренического заболевания стали искать в нарушениях этого кровообращения, недостаточном или избыточном кровоснабжении. В связи с этим стали использовать различные средства, которые должны были исправить кровообращение, например кровопускание, прикладывание пиявок или банок к голове (это средство еще используется иногда в сельской местности в Польше), натирание головы раздражающими или вызывающими воспаление мазями, помещение больного во вращающееся кресло (при этом использовали настолько быстрое вращение, что у больных начиналось кровотечение из носа и ушей).

Применение малярии-терапии в начале текущего века для лечения прогрессирующего паралича было крупным событием в связи с созданием более оптимистической атмосферы вокруг психических заболеваний. В конце XIX и начале XX века в этом плане царил большой пессимизм; если кто-то когда-либо выпадал из круга нормальности, он был обычно осужден на пожизненное пребывание в психиатрической больнице. Этот пессимизм проявился в крепелиновском определении шизофрении как *dementia praecox*.

1. К этому, к случаю, кстати (лат.). 268

Несмотря на прошедшие годы и лучшее познание шизофрении, это чувство все еще не чуждо психиатрам. Ситуация, однако, значительно улучшилась, особенно после второй мировой войны, когда была начата так называемая борьба за <открытые двери> в психиатрии, и теперь в общем уже не встречаются больные - пожизненные обитатели психиатрических больниц, зато более частым стал тип <возвращающегося больного>, который многократно возвращается в больницу. Правда, лечение посредством малярии-терапии было специфическим для больных сифилисом мозга, однако этот метод использовался также, хотя и с различным эффектом, иногда неплохим, при шизофрении. В ряде случаев ее заменяли другими методами гипертермии.

Сенсационные открытия в области эндокринологии побудили психиатров заняться поисками причин шизофрении в гормональных нарушениях. Почти параллельно достижениям эндокринологии возникал интерес то к одним, то к другим эндокринным железам, а их дисфункцию принимали за существенный этиологический фактор и пытались использовать соответствующие гормональные препараты. Таким образом, по очереди становились <модными> гонады, щитовидная железа, надпочечники. Ревностные сторонники эндокринологической этиологии шизофрении даже в середине текущего столетия пытались применять частичное удаление коры надпочечников, полагая, что ее гиперактивность является причиной психических нарушений.

Нельзя, разумеется, отрицать существование корреляции, причем достаточно

выраженной, между психической деятельностью и функциями эндокринной системы (филогенетически более древней по сравнению с нервной системой). При многих дисфункциях эндокринных желез действительно иногда наблюдаются определенные типы психических нарушений. Тем не менее сведение этиологии шизофрении исключительно к эндокринным факторам представляется значительным преувеличением.

Также и введение антибиотиков нашло свое отражение в психиатрическом лечении. Сторонники вирусной этиологии шизофрении начали применять антибиотики targa tanu(1), также достигая иногда неплохих результатов.

1. Щедрой рукой, щедро (лат.).

Вскоре после открытия инсулина и начала использования его при лечении сахарного диабета его стали применять также при лечении шизофрении. Этот метод, предложенный М. Сакелем в 1927 г., до настоящего времени имеет своих сторонников.

В четвертом десятилетии текущего столетия для лечения шизофрении начали применять коразоловые шоки, а в дальнейшем электрошоки, которые широко используются до настоящего времени.

В конце первой половины нашего столетия большой популярностью особенно в США пользовалась лейкотомия, применяемая в различных хирургических модификациях. Этот метод, введенный в психиатрическое лечение Э. Монизем, опирался на эксперименты, проведенные на обезьянах выдающимся нейрофизиологом Фултоном. Им было установлено, что отделение коры лобной области от нижележащих отделов мозга вызывает у обезьян изменение поведения и, в частности, у обезьян с экспериментальным неврозом устраняет его симптомы. Считалось, что отделение этой филогенетически самой молодой части коры мозга, гипотетическая дисфункция которой, как думали, является причиной шизофрении, должна оказывать благотворное влияние на поведение больных. Действительно, эта операция во многих случаях вызвала изменение поведения, однако, чаще всего - в сторону ухудшения. В Польше, к счастью, этот метод не вызвал энтузиазма, а многие психиатры, как, например М. Борнштайн, выступили против его применения; обстоятельные исследования больных, которым была сделана лейкотомия, доказали отрицательный эффект этой операции.

Современная медицина развивается под знаком биохимии. Явление считается исследованным, если удастся свести его к определенному химическому описанию. Со всей полнотой отдавая дань этим тенденциям, ибо им мы обязаны в главной мере расцветом медицины, нельзя, однако, подавить сомнения, возникающие в связи с тем, что такую сложную систему, каковой является человек, пытаются редуцировать к самому низшему интеграционному уровню - биохимическому. Еще более низким уровнем был бы уровень физический, но до него медицина еще не дошла, хотя даже в этом направлении предпринимаются определенные усилия.

Упомянутые тенденции, разумеется, нашли свое отражение в психиатрии. Ежегодно появляются буквально тысячи работ, посвященных биохимическим исследованиям шизофрении. В настоящее время трудно пытаться предпринимать хотя бы самый поверхностный их синтез. Решение этой задачи не представляется возможным до тех пор, пока наши знания в области нейробиохимии не станут менее гипотетическими, нежели в настоящий момент.

В соответствии с уровнем, достигнутым современной медициной, лечение в психиатрии сконцентрировалось на применении химических препаратов. Правда и прежде разного рода успокоительные средства также использовались, но они не составляли сущности лечения. Введение в начале второй половины нашего столетия психотропных лекарств, особенно нейролептиков, вызвало своеобразную революцию в психиатрии. Не вдаваясь в дискуссию, скорее бесплодную, по поводу того, лечат ли эти лекарства саму болезнь или только устраняют или уменьшают ее симптомы, следует подчеркнуть, что они изменили атмосферу в психиатрии. Можно даже сказать, что опосредованно они воздействовали на медицинский персонал. Применение лекарств, которые могут успокоить самого возбужденного пациента и которые могут исправить настроение при тяжелых депрессиях, смягчить самые драматические симптомы - галлюцинации, бред, страхи и агрессию, привело к тому, что медицинский персонал перестал бояться больных. Дело в том, что чувство бессилия является одним из частых источников страха.

Даже внешний вид психиатрических больниц претерпел изменения: исчезли разного рода устройства, служащие ограничению двигательной свободы больных, вроде кроватей с сетками, смиренных рубашек, решеток па окнах, дверей без ручек. Отделения все чаще бывают открытыми. Больным предоставляется все большая свобода, и вместо того чтобы препятствовать, их побуждают к спонтанной активности. Атмосфера пессимизма, которая столетиями царила в психиатрии, трансформировалась в более оптимистическую. Начали верить, что больных шизофренией можно вылечить, что они не обречены на пожизненное пребывание в психиатрических больницах.

Нейролептики широко используются при шизофрении, и при этом лекарства назначаются в очень больших дозах, а лечение нередко продолжается годами.

В случае психофармакологического лечения, несомненно, обнаруживается тот самый принцип лечения шизофрении, который вкратце прослеживается здесь в историческом плане, а именно, что в случае этого заболевания не следует скупиться на лечебные воздействия. Возникает вопрос, откуда происходит эта несколько преувеличенная терапевтическая щедрость в случае шизофрении, ведущая к тому, что, руководствуясь добрыми намерениями, страдающих этим заболеванием подвергали разного рода терапевтическим экспериментам, не всегда приятным и безвредным, вроде вращающихся кресел, кровопускания, лихорадки, огромного количества электрошоков либо сверхобильного количества вводимого инсулина, лейкомии, а в последнее время - огромных доз психотропных препаратов. Как представляется, здесь действует закон <общего мира> (koinos cosmos). Поскольку больные шизофренией в наибольшей степени и наиболее далеко отдаляются от круга нормальности, желание втянуть их любой ценой обратно в мир <нормальных людей> оказывается в этом случае наиболее сильным (люди, в общем, не любят, когда кто-то выходит за границы этого мира).

Биологическая плоскость. Подобно диагностике, вместе с этиологическими гипотезами лечение в психиатрии осуществляется в трех больших плоскостях: биологической, психологической и социологической. Среди психиатров преобладает убеждение, что, чем дальше больной отдаляется от круга нормальности, тем более важными становятся биологические методы, в то время как психологические и социологические играют лишь вспомогательную роль. Поэтому при неврозах и психопатиях к основному методу лечения относят всякого рода средства психологического и социологического

воздействия, а в случае психозов, особенно шизофренического типа, основными считаются психофармакологические препараты.

То, что еще не выходит за границы нормальности, в общем для нас понятно; при этом без труда можно сформировать психосоциологические этиологические структуры и соответствующие терапевтические концепции. То же, что выходит за эти границы, поражает нас своей необычностью, перестает быть понятным, и тогда люди пытаются найти объяснение этим явлениям за рамками психологической детерминации - в демонах, как в старые времена, либо в органических факторах, как в наше время. Лечение соответственно планируется по принципу: психологическое - психологическими методами, органическое - органическими (психологическая этиология - психологическая терапия; органическая этиология - органическая терапия).

Определенно стоило бы задуматься над правильностью данного подхода. Практика показывает, что нередко при неврозах и психопатиях биологические методы лечения дают неплохие результаты, и, наоборот, в случаях *par excellence*(1) органических, например при склеротическом или старческом отупении, элементы лечения, имеющие психологический социальный характер, нередко оказывают решающее влияние не только на психическое, но также и на соматическое состояние больного.

Не зная до настоящего времени определенной этиологии шизофрении, безопаснее всего, как представляется, принять многофакторную концепцию. При возникновении шизофрении могут играть роль разнородные факторы, относящиеся к трем упомянутым плоскостям - биологической, психологической и социологической. В одном случае могут доминировать одни (например, биологические), в ином - другие (психологические или социологические). Это бывает видно из истории жизни больного. Такой принцип многофакторности следует учитывать при лечении. Лечение биологическими методами может представляться в данном конкретном случае наиболее адекватным, однако не следует забывать и о психологическом (психотерапия) и социологическом (социотерапия) лечении.

Представление каких-либо общих рекомендаций относительно биологических методов лечения не является легким делом. За последние два десятилетия появилось столько всевозможных психотропных лекарств, что даже запоминание их названий превышает возможности средней человеческой памяти.

1. По преимуществу, преимущественно (фр.).

У каждого психолога имеются свои предпочитаемые лекарства, которые он считает самыми эффективными. На основе собственного опыта складывается своя <система> лечения.

Помимо психотропных лекарств (главным образом нейролептиков, а иногда также тимолептиков) продолжают применяться два метода биологического лечения шизофрении - электрошоковая и инсулинокоматозная терапия.

Электрошоковая терапия применяется как при ступоре, так и при возбуждении. В случаях очень острого протекания психоза, когда может возникнуть даже опасность летального исхода(1), применение этого метода может оказаться жизненно необходимым, ибо электрошоки самым скорейшим образом прерывают кататонические состояния. Так же и в случаях хронической шизофрении с выраженным депрессивным компонентом серия

электрошоков может вызвать повышение настроения и увеличить активность больного; его отношение к окружению может стать более позитивным.

Несмотря на то что электрошоковая процедура совершенно безболезненна (она бывает неприятна лишь в случае слишком малой дозировки тока, когда больной не теряет сознания, но ощущает удар током; при этом у него иногда возникают простые зрительные галлюцинации), больные часто испытывают перед ней сильный страх. За исключением случаев, когда имеются жизненно необходимые показания к использованию электрошоков, например при глубоких депрессивных состояниях или острых кататонических синдромах, никогда не следует применять их насильно, вопреки воле больного. При определенном запасе терпения, в общем, удастся склонить больного к применению этого метода лечения.

Серия электрошоков не должна превышать 8-10 процедур. Обычно их назначают по 2-3 раза в неделю. В случае очень острого психоза, вызывающего подозрение шизофрении, могущей закончиться смертельным исходом, их можно применять даже по несколько раз в день. Часто после 8 электрошоков возникает острый психоорганический комплекс в форме помрачения сознания и сильных нарушений памяти.

1. Smolaga J. Proba analizy patofizjologicznego mechanizmu smierci nagtej u psychicznie chorych na podslawie wtasnych spostrzezen // Polski Tygodnik Lekarski. 1955. N 23. P. 761-764.

В таких случаях лечение электрошоками следует прервать. Симптомы помрачения сознания обычно исчезают через несколько дней, нарушения же памяти сохраняются в течение нескольких недель.

Раньше электрошоки при лечении шизофрении использовались без ограничения. Назначали по несколько десятков процедур в одну серию, а серии повторялись многократно. Столь большое количество процедур иногда приводило к хроническим психоорганическим комплексам (органическое отупение), что, хотя и не было правилом, однако побудило психиатров к большей осторожности при использовании этого метода лечения.

Инсулинокоматозная терапия до недавнего времени широко применялась при лечении только что обнаруженной шизофрении, особенно ее бредовой формы. Одна серия состояла обычно из 20-30 сеансов. Начинали лечение с малых доз (10-20 ЕД инсулина), которые увеличивались на 10 ЕД каждый день до тех пор, пока у больного через час-два после введения инсулина не наступала потеря сознания. В этом состоянии больной находился от 1-2 до нескольких десятков минут, а затем кому прерывали посредством внутривенного вливания глюкозы либо раствора сахара через зонд в желудок. На следующий день дозу снижали наполовину с целью определения наименьшей дозы, при которой больной теряет сознание (приходит в коматозное состояние).

Наибольшую опасность инсулиновых ком представляют так называемые затяжные либо необратимые комы. Несмотря на введение раствора сахара или внутривенные вливания глюкозы, больной не выходит из комы. Дальнейшее вливание при этом обычно оказывается бесполезным. В подобных случаях оказывается нарушен обмен в нервных клетках: несмотря на достаточное количество глюкозы они не в состоянии использовать ее для своих метаболических процессов и в результате этого погибают. В таких случаях пытаются применять различные способы выведения больного из комы.

Делается внутривенное введение люцидрила (центрофеноксина), который стимулирует ретикулярную формацию ствола мозга и тем самым повышает активность коры мозга. Вводится 40 % глюкоза с тем, чтобы замедлить отек мозга, который обычно сопутствует необратимой коме. Эффективным нередко оказывается переливание крови.

Введение нейролептиков, значительная сложность выполнения процедур, а также возможный риск необратимой комы чрезвычайно уменьшили популярность инсулинокоматозного метода лечения. Напротив, лечение нейролептиками отличается чрезвычайной простотой - больному надо всего лишь дать таблетку или сделать укол. Никакой опасности для жизни при этом вообще не существует.

Во многих психиатрических больницах вообще отказались от инсулинового лечения. В других же это лечение ограничивается так называемым <субкоматозным инсулином>, при котором больного не доводят до состояния комы, но лишь до состояния глубокого помрачения сознания. Подобное лечение, разумеется, значительно безопаснее, поскольку при этом снимается угроза необратимой комы.

Проведенные в некоторых психиатрических центрах сравнительные исследования эффективности инсулинокоматозной терапии и лечения с помощью нейролептиков показали, что эффективность последнего не хуже, а иногда такое лечение позволяет получать даже лучшие результаты.

Оно не чревато серьезными осложнениями, не вызывает у больного страха или сопротивления. Лишь иногда больной выплевывает таблетки, если считает, что их дают слишком много; тогда персонал выдает их в растворенном виде. У многих психиатров, однако, по-прежнему сохраняется убеждение, что инсулиновое лечение шизофрении дает более устойчивые результаты, нежели лечение нейролептиками, хотя в последнем случае рецидивы происходят чаще.

К наиболее частым осложнениям, которых, впрочем, можно избежать посредством осторожной дозировки и назначения больших доз витаминов группы В и С, относятся аллергия, поражение печени, ведущие иногда к желтухе, и постмедикаментозный паркинсонизм. Последний моментально устраняется принятием противопаркинсоновских препаратов (например, паркопана). Уместно вспомнить, что в последнее время эти средства используют в качестве галлюциногенов польские хиппи.

Сильнодействующие нейролептики, например мажептил или галоперидол, могут в течение нескольких минут успокоить самого возбужденного больного. Нейролептики в шутку называют психической смирительной рубашкой. Действительно, принимающий их больной часто испытывает чувство двигательной скованности, заторможенности, а его болезненные проблемы отдаляются, становятся как бы чужими.

Благодаря нейролептикам реально изменился облик психиатрических больниц; теперь они не отличаются от других больниц, а возбужденные больные, которые прежде представляли картину маленького ада, теперь стали редкостью.

Персонал перестал бояться больниц, а, как известно, страх идет в паре с агрессией, которая раньше нередко отражалась на больных.

Как уже упоминалось, число имеющихся нейролептиков настолько велико, что трудно пытаться предлагать какие-то общие рекомендации. Пациенты реагируют на нейролептики по-разному; поэтому лечение всегда следует индивидуализировать и изменять в зависимости от реакции больного. Так же и дозировка должна соответствовать потребностям больного; для одного больного будут достаточными малые дозы, а для другого необходимы очень большие. В начале лечения, особенно если симптомы имеют острый характер, назначаются большие дозы, затем их постепенно уменьшают. После выписки из больницы больной должен длительное время принимать психотропные лекарства; резкое прекращение лечения обычно приводит к рецидиву болезни. При наличии депрессивного компонента, в общем, можно рекомендовать применение тимолептиков, антидепрессантов, хотя иногда случается, что они активизируют шизофренический процесс.

При хронической шизофрении психотропные лекарства иногда применяются годами; больные, впрочем, охотно соглашались на это, заявляя, что без них они чувствуют себя плохо, страдают бессонницей, что к ним приходят <плохие мысли>, снова появляются бредовые идеи и галлюцинации. При таком длительном использовании психотропных лекарств необходимо стараться уменьшить дозу до минимума, ибо, мы все еще не знаем, действительно ли их длительное употребление безвредно, и не может ли оно привести к устойчивому повреждению центральной нервной системы.

Необходимость длительного применения лекарств обуславливает то, что больной вынужден постоянно обращаться к своему психиатру за рецептом; таким образом он все больше к нему привязывается, врач становится его поверенным, и формируется подлинная психотерапевтическая связь, хотя нередко встреча длится всего несколько минут.

Иногда больные сами дозируют себе лекарства; когда чувствуют себя хуже, повышают дозу. Это представляется вполне целесообразным, поскольку психотропные лекарства действуют прежде всего на симптомы - уменьшают страх, а благодаря этому также бред и галлюцинации, улучшают настроение, снимают бессонницу и т. д. Больной сам лучше всех знает, что причиняет ему наибольшие страдания, и потому, имея уже опыт действия лекарств, может соответственно его дозировать, разумеется, с ведома врача.

Когда симптомы шизофрении очень острые и не устраняются посредством нейролептиков, либо когда депрессивный компонент не поддается действию тимолептиков, бывает целесообразным или даже прямо необходимым применение электрошока. При очень острых психозах такие процедуры можно назначать даже ежедневно по 2 раза в течение нескольких дней (так называемые <блоки>).

Психотерапия. Психотерапия при лечении шизофрении играет, как представляется, более важную роль, по сравнению с тем как принято думать. Правда, утверждение ревностных ее сторонников о том, что шизофрению можно вылечить исключительно с помощью психотерапии и что другие методы лечения излишни, страдают большим преувеличением, но не следует впадать и в другую крайность, ограничивая лечение только биологическими методами. Больной шизофренией - это человек, который оторвался от нормального мира и оказался в ином мире, шизофреническом. Задача психиатра состоит в том, чтобы вернуть его в <общий мир> так называемой психической нормы.

Для того чтобы удалось решить эту задачу, граница между обоими мирами не

должна быть непреодолимой, и они должны сблизиться между собой. Психиатр прежде всего должен постараться познать и понять мир переживаний больного; лишь тогда больной станет близким ему. Врач должен чувствовать уважение к нему, ибо некоторые переживания страдающего шизофренией позволяют ему лучше понять сущность человеческой природы. Больной всегда ценит эти усилия врача, тем самым мир здоровых людей не будет для него таким чужим и враждебным.

В эмоционально-чувственных установках больного шизофренией поражает их непредсказуемость. Иногда действительно непонятно, почему больной одних людей любит, а других не переносит. Амплитуда чувств у шизофреников очень большая; слабых чувств обычно у них не бывает. Трудно было бы советовать, как стать любимым пациентами, страдающими шизофренией. Как представляется, основную роль играет непосредственность отношения врача к больному. Больной шизофренией не переносит и боится всякой маски, чрезвычайно чувствителен к ней. Социальный мир, который вызывает в нем чувство неуверенности и страха, в случае человека в маске становится еще более отталкивающим. Поэтому эти больные, в общем, очень любят детей; дети непосредственны, и с ними они чувствуют себя в безопасности.

Другим важным требованием в отношении больного является атмосфера тепла. Социальное окружение оказывается для больного чужим, холодным, нередко враждебным; больной испытывает страх перед ним и избегает контактов с людьми. Ему недостает тепла материнской среды; он должен как бы заново пережить свое детство, почувствовать материнское тепло, то, чего ему иногда не хватало в жизни. Поэтому важно, чтобы врач или медицинская сестра действительно любили своих больных. Должна быть создана атмосфера <материнского тепла>.

Если в случае соматических заболеваний и неврозов важное значение имеет авторитет врача, то при шизофрении, как представляется, он не играет большой роли. У больного шизофренией имеется своя иерархия ценностей, и он не оценивает людей в соответствии с понятными социальными нормами. Для него не имеет значения, является ли кто-то профессором или доцентом.

Важным элементом отношения к больному является уважение. Пациента нельзя рассматривать только как больного, т. е. как человека, который сошел с обычного человеческого пути. Необходимо смотреть на его мир с удивлением и уважением. Этот мир может быть для нас странным, поражающим, иногда смешным, но он имеет, однако, в себе что-то великое; в нем идет борьба человека с самим собой и своим окружением, идет поиск собственного пути; это - мир, в котором проявляется то, что есть наиболее человеческое в человеке. Следует, однако, помнить, что мы немного понимаем из того, что переживает больной, что до нашего сознания доходят только фрагменты его мира, что за внешней экспрессией пустоты или кататонического возбуждения могут скрываться необычайно богатые переживания. Когда мы лучше узнаем больного, то в его переживаниях нередко находим собственные скрытые фантазии, подавленные чувства, вопросы, на которые мы не сумели найти ответы и которые с течением времени перестали нас мучить. Больной становится все более близким нам, ибо помогает лучше познать самих себя.

Исключительно важным психотерапевтическим фактором является свобода. На шизофренический психоз можно смотреть как на освободительный взрыв: больной срывает путы прежних норм и способов поведения, которые не раз ему досаждали, и перед ним открывается новый мир. В этом открывшемся

перед ним мире иногда он чувствует себя властелином, однако чаще оказывается побежденным и захваченным этим им же самым сотворенным миром. Нельзя больного силой тащить назад, в клетку нормальной жизни. Скорее следует постараться показать больному, что в обычной жизни также есть вещи, которые могут привлечь и заинтересовать его, что эта жизнь не такая уж серая и безнадежная, как она ему представляется, и что теперь, после прохождения через психоз, он входит в эту жизнь с более богатым внутренним опытом; это может позволить ему жить иначе, имея более глубокий взгляд на себя и на окружающий мир.

В противоположность психотерапии неврозов здесь нельзя планировать разговоры с больными; даже назначение точного времени встреч иногда бывает невозможным. Лучше всего, если больной может прийти к врачу в любое время, как только почувствует необходимость встречи. Разумеется, в начальных фазах амбулаторного лечения это было бы затруднительно, так как больной не имеет еще достаточного доверия к своему психиатру; вначале он может приходить исключительно с целью получения рецептов, однако позднее встречи с врачом становятся его внутренней потребностью. Нередко он посещает врача у него дома, останавливает его на улице, сам желает с ним поговорить. Больной должен чувствовать, что в любую минуту он может получить доступ к своему психиатру, что тот не скажет ему: <Сегодня у меня нет времени, поговорим завтра>. Завтра может быть слишком поздно, завтра больной уже не скажет того, что хотел сказать сегодня.

Иногда за все встречи с врачом больной может не сказать ни слова и лишь тогда, когда уже надо уходить, открывается, начинает говорить иногда очень важные вещи. Необходимо, таким образом, иметь много терпения как в случае молчания больного, так и в том случае, когда у него появляется желание излить душу. Если в психотерапии неврозов тема разговоров часто планируется заранее, а некоторые психотерапевты стремятся даже <манипулировать> пациентом, т. е. проводить беседу таким образом, чтобы вызвать у него желаемый терапевтический эффект, то в случае психотерапии больных шизофренией подобный подход совершенно невозможен. Больной моментально чувствует искусственность ситуации и стремление врача управлять им. Он воспринимает это как покушение на свою личную свободу. Тот факт, что врач что-то планирует, а что именно, больной не знает, вызывает у него страх и недоверие; больной вместо сближения с врачом, будет отдаляться от него.

Обязательным требованием к врачу является максимальная искренность в отношении больного. Недопустимо обманывать его, использовать хитрость. Когда больного необходимо госпитализировать, а он решительно не соглашается на это, лучше прямо сказать больному, что он будет госпитализирован насильно, чем использовать для этой цели самые что ни на есть изобретательные хитрости. В беседах с больным, таким образом, следует предоставить инициативу больному; пусть он говорит то, что хочет, пусть сам руководит ходом разговора; свою роль врач должен ограничить ролью слушателя, который по мере возможности старается как можно лучше понять собеседника - пациента. Иногда необходимо помочь больному поверить в себя, стимулировать его к большей активности. Это делать следует осторожно, в подходящий момент и не слишком часто.

Иногда больной требует, чтобы ему объяснили его впечатления. Это не представляется легкой задачей для психиатра, так как в большинстве случаев объяснить их вообще невозможно; наши психиатрические знания все еще слишком бедны и опираются более на гипотезы, нежели на прочные научные

основания. При попытках объяснения психопатологических явлений целесообразно исходить из анализа <нормальной> психической деятельности, а патологию трактовать как преувеличение того, что укладывается в рамках <нормальности>, т. е. придерживаться принципа <continuum> - отсутствия резкой границы между нормой и патологией. Следует также объяснить больному в деликатной форме то, какую ценность имеют его психотические переживания, каким образом они связаны с его прежней жизнью, в какой степени обусловлены недостаточной адаптацией к внешнему миру и каким образом они обогащают его жизнь.

Положительный аспект психоза состоит в том, что больной может теперь как бы глубже войти в жизнь, что он уже не будет жить только на поверхностном уровне и многие вещи, касающиеся как его самого, так и окружающего мира, он будет воспринимать в новом свете. Этот новый взгляд на себя, в котором больной видит свое место в обычном мире, нередко бывает защитой от постепенного, обусловленного болезненным процессом угасания эмоционально-чувственной жизни.

Эмоциональное оупение является тем, чего при шизофрении мы боимся больше всего и от чего мы стараемся уберечь больного. Иногда психиатр бывает единственным человеком, с которым больной может найти взаимопонимание и с которым он может войти в эмоционально-чувственный контакт, а тем самым - единственным, кто спасает его от процесса угасания. Это - бремя ответственности, превосходящее возможности психиатра. Больной иногда хотел бы видеть в нем своего друга, который выручает его в трудных ситуациях, защищает перед окружением, трактующим его как <сумасшедшего>, может помочь найти работу, примет в свой дом, в любое время будет готов вести с ним долгие разговоры и т. д. Психиатр может очень любить своих больных, но не может осуществить все возлагаемые на него надежды.

Важное значение для решения его задач имеют лечебные возможности, относящиеся уже к социотерапии.

Социотерапия. Страх перед людьми нередко сопровождает больного шизофренией на протяжении всей его жизни. Он появляется рано, иногда уже в детстве, но чаще в пубертатном периоде. При заболевании он усиливается до патологических размеров, неоднократно приводя к бреду и галлюцинациям. Первая задача психиатра состоит в том, чтобы уменьшить страх и благодаря этому приблизить больного к социальному миру. Здесь играет роль прежде всего личность врача и медицинской сестры, желание понять больного и помочь ему.

В больнице пациент контактирует со многими людьми: врачами, медсестрами, администрацией, другими больными и, конечно же, со своими родственниками. Все эти люди составляют социальное окружение больного. При его повышенной чувствительности к контактам с людьми, когда достаточно неосторожного слова, гримасы, жеста нетерпения, чтобы больной принял это на свой счет и еще больше изолировался от людей; избежать психических травм в отношении больного - дело непростое.

Допуская даже существование идеального терапевтического сообщества, в котором все контактирующие с больным относятся с пониманием к его проблемам, необходимо принимать во внимание то, что люди есть люди, что у них бывают свои конфликты, что им часто не хватает времени и приходится спешить и т. д., и все это в конечном счете так или иначе отражается на

больном. И даже у хороших психиатров встречается установка типа <что он тут будет мне голову морочить, когда у меня по горло других более важных дел>.

Помимо этого следует учитывать то, что граница, отделяющая здоровых от психически больных, наиболее резко выражена именно при шизофрении. Это касается невротиков и психопатов, которые с презрением относятся к психотикам, особенно к больным шизофренией; они очень чувствительны к странности их поведения, так как это усиливает скрытый страх невротиков перед психическим заболеванием. Обычно они реагируют возмущением, если на их отделение помещают больного с острым психозом. Даже у психиатра где-то в глубине может дремать убеждение, что все-таки это <иной> человек - varius. Сочувствие к больному не есть чистое сочувствие, при котором один человек как бы чувствует вместе с другим человеком, испытывает эмоциональное созвучие с ним и старается помочь ему в его страдании, но является чувством, смешанным с жалостью, а иногда и с пренебрежением. Это пренебрежительное отношение к больному проявляется помимо прочего в популярных шутках про <сумасшедших>. Психиатр, рассказывающий подобные шутки тем самым дисквалифицирует себя.

В социальной иерархии психиатрической больницы как социального института психики больной стоит на самой низкой ступени; даже санитарки или уборщицы являются <кем-то лучшим>, и он должен с ними считаться.

Многие люди, не имеющие отношения к психиатрии, испытывает страх перед психически больными. Это по своей сути - страх перед неожиданным; никогда не известно, с чем можно столкнуться со стороны больного, а кроме того, это невротический страх перед психической болезнью (<что-то таинственное, неизвестное сидит во мне и может прорваться>). Этот страх можно встретить и у врачей других специальностей.

В общем, врачи, если они не выбрали психиатрической специализации, выносят из медицинских учебных заведений поверхностные и упрощенные знания из этой области медицины. Причиной такого положения дел, помимо прочего, является отсутствие систематических теоретических разработок в сфере методологии обучения психиатрии, а практика, касающаяся содержания дидактических занятий по этому предмету, в общем, имеет случайный характер. Все это в конечном счете отрицательно сказывается на лечении психически больных.

До недавнего времени психиатры боялись аутоагрессии и агрессии своих больных. Используя различные более или менее изобретательные способы, они старались обезопасить больных от самоубийств и самокалечения, а окружение - от агрессии больных и их попыток побега. Свобода больного ограничивалась до минимума. Таким образом у больных отнималось то, что для страдающих шизофренией нередко бывает самым важным - их чувство свободы. Чувства индуцируются - страх порождает страх, агрессия - агрессию. Ничего удивительного поэтому, что скрытая, а тем более явная страхово-агрессивная установка в отношении больного отражалась, причем с умноженной силой, на его отношении к персоналу. Побег, агрессивные атаки и акты аутоагрессии случались значительно чаще при строгих ограничениях свободы больных, нежели в настоящее время.

Как уже упоминалось, основное изменение отношения к больным было вызвано введением нейролептиков. Сознание того, что больного можно легко успокоить, свело к минимуму страх у персонала. Психически больной

немногим отличается от всех прочих больных. Несведущие люди удивляются, что на психиатрических отделениях царит спокойствие, что там уже не увидишь <настоящих сумасшедших>.

Во второй половине 19 столетия, когда в психиатрии доминировала, быть может, преувеличенная научность, сводящая психиатрические проблемы к вопросам генетики и органических изменений мозга, и отодвигались на задний план пинелевские(1) принципы <морального лечения>, сформировалась модель больших психиатрических больниц, вмещающих от тысячи до нескольких тысяч больных и расположенных в какой-нибудь безлюдной местности, с тем чтобы затруднить побег больных и их контакты с миром нормальных людей. Эти de facto <места изоляции>, огороженные высокими стенами, со строго охраняемыми воротами и даже сторожевыми вышками, как вокруг тюрем или концлагерей, должны были прежде всего изолировать психически больных от общества здоровых людей. Люди с наследственной отягощенностью, <испорченной наследственностью> либо <испорченным мозгом> представляли потенциальную опасность для общества здоровых людей. Это была совершенно ложная позиция, так как преступность среди психически больных, как показывают повседневные наблюдения судебных психиатров и работников органов правопорядка, является, скорее, более низкой, нежели среди здоровых.

Тогда царила также атмосфера терапевтического пессимизма, ибо трудно рассчитывать на успех при поврежденном мозге или дефектном гене.

1. Spett K. Filip Pinel - reformator psychiatrii // Przegląd Lekarski. 1947. N 10. P. 370-375.

Лишь упоминавшееся уже введение лечения с помощью малярии-терапии вдохнуло определенный оптимизм в тогдашнюю психиатрию. Однако пришлось еще долго ждать изменения основных установок в отношении психически больных. Этому изменению непосредственно способствовала вторая мировая война, которая слишком ярко показала, на что действительно может быть способен так называемый нормальный человек. Эти события дали толчок <борьбе за открытые двери в психиатрии>, развернувшейся в Англии.

Страх перед психиатрической больницей сохранился, однако, до настоящего времени. Для многих она по-прежнему остается местом изоляции людей, небезопасных для окружения, которые должны находиться там до конца жизни, чтобы не подвергать опасности нормальных граждан и не пугать их своими необычными формами поведения. Правда, в настоящее время пребывание в больнице оказывается значительно более кратким, и больной возвращается к себе домой, однако в обществе бытует убеждение, что из психиатрической больницы никогда не выписываются, а вопрос: <выйду ли я отсюда?> принадлежит к числу наиболее часто задаваемых больными вопросов.

Сегодня наблюдается возврат к модели больницы первой половины прошлого века: небольшой больницы с числом мест более ста. В такой больнице легче создать терапевтическое сообщество - люди живут в близком контакте, постоянно встречаются, знают дела и заботы друг друга, а граница между персоналом и больными не слишком резкая. При этом стремятся также перенести центр тяжести лечения с замкнутой формы на открытую. По мере возможности мы стараемся, чтобы больной оставался в своей обычной среде, пытаюсь посредством социальной опеки улучшить его условия на работе и дома.

В случае острых психотических симптомов больного можно поместить даже в общую больницу, если в ней имеется психиатрическое отделение либо несколько психиатрических мест. Современные фармакологические методы позволяют быстро успокоить больного, а от совершения самоубийства не могут гарантировать никакие, даже самые изобретательные предохранительные меры.

Больные совершают самоубийства даже чаще тогда, когда они находятся под строгим надзором, нежели когда им предоставляется большая свобода.

Лечение острых психозов в общих больницах ставит знак равенства между психическим и соматическим заболеванием. Впрочем, при соматических заболеваниях нередко случаются острые психотические эпизоды и обычно больного не перемещают при этом в психиатрическую больницу, но проводят психиатрическое лечение здесь же. Разумеется, это в большей степени зависит от установки врачей в отношении психиатрии; если у них нет страха перед психически больными, то они не возражают против того, чтобы больной, даже в состоянии сильного возбуждения, остался в их отделении.

Идеальным вариантом было бы, если бы каждая городская или уездная больница располагала койками или небольшим психиатрическим отделением. В этом случае в общественном сознании постепенно стиралась бы грань между соматическим заболеванием и психическим. Больной не выходил бы из больницы со <штампом> психиатрической больницы, который очень затрудняет его дальнейшую жизнь. После устранения острых психотических симптомов больной лечился бы дальше амбулаторно.

Важным делом является то, чтобы один и тот же врач проводил стационарное лечение и амбулаторное. В случае, если бы больному нуждался в более длительном либо более интенсивном лечении, если бы возникала необходимость изолирования его на какое-то время от травмирующей домашней среды, он проходил бы лечение в настоящей психиатрической больнице. При этом психиатрическая госпитализация была бы необходима не только психотикам, но также невротикам и психопатам. Психиатрическая больница всегда должна быть предусмотрена для больных как <малой>, так и <большой> психиатрии.

Как представляется, в общем, лучше принимать в психиатрическую больницу больных разного рода, как в отношении возраста, пола, социального класса, так и диагноза. Разделение невротиков и психотиков, за исключением острых психозов, по всей вероятности, нецелесообразно. Вследствие включения защитных механизмов невротик замыкается в кругу собственной псевдонормальности, испытывая все больший страх перед психически больными. Сталкиваясь же с ними непосредственно, он убеждается в том, что они не <настолько иные>, как ему казалось, и, кроме того, он может научиться у психотика преодолевать свою эгоцентрическую позицию.

Психотики, а особенно шизофреники, в группе бывают часто более позитивно настроенными в отношении окружения, переживают за судьбу других больных, стараются помочь им, не акцентируя собственных потребностей и страданий. Своим поведением они противостоят нервирующему других эгоцентризму невротиков, которые считают себя самыми больными и самыми несчастными людьми на свете, и помимо собственной участи их ничего не интересует. Психотики являются для них как бы хорошим примером, и под их влиянием невротики могут освободиться от эгоцентрической установки, что

представляет важный этап на пути их излечения. Психотики же под влиянием невротиков учатся принимать нормальный стиль жизни, соотносить свое поведение с нормами социальной жизни; благодаря этому влиянию им легче вернуться к <общему миру> нормальных людей(1).

Больной шизофренией является человеком, который не чувствует и не чувствовал себя уверенно в окружающем его социальном мире. Его отношение к жизни часто характеризуется стремлением к избеганию. Первейшей задачей терапевтического сообщества поэтому является обеспечение того, чтобы в больничной среде он чувствовал себя хорошо, чтобы у него не возникало чувства исходящей от нее угрозы, чтобы эта среда была для него чем-то вроде <материнской среды>.

Трудно сказать, в какой степени больные шизофренией испытывают недостаток этой среды в своем детстве и в какой степени это обуславливает доминирование у них установки <от> и тем самым ограничение информационного метаболизма. Сторонники теории шизофреногенной семьи акцентируют влияние раннего детства на развитие психоза. Но даже в случае принятия генетических концепций изменение эмоционально-чувственной установки относительно окружения является основным в лечении шизофрении.

1. Walczynska A. Interpersonal relations among neurotic and psychotic patients // Acta Medica Polona. 1968. N 3. P. 281.

Существенным для этого изменения является то, чтобы больной чувствовал вокруг себя атмосферу тепла и безопасности. Если он был лишен ее в детстве, это позволит ему как бы пережить свое детство заново. А если в результате действия генетических факторов у него с самых ранних лет преобладала установка <от> окружения, то чувство безопасности и сердечности в окружающей его среде позволит ему хотя бы немного ослабить эту установку и, быть может, установка <к> будет у него доминировать. Понемногу он станет сближаться с окружающим миром; люди будут становиться ему ближе, и он перестанет бояться лиц противоположного пола, начнет завязывать знакомства и флиртовать.

Это не такие уж трудные для реализации изменения, как могло бы показаться. На психиатрическом отделении нередко можно наблюдать, как наиболее аутистический пациент постепенно начинает сближаться с другими пациентами, пытается разговаривать с ними. Иногда в клубе больной, побуждаемый другими пациентами, впервые в жизни начинает танцевать и неожиданно узнает, что может быть интересным для лиц противоположного пола, постепенно сближается с ними; завязываются знакомства, переходящие иногда в любовь.

Любовь, как представляется, играет очень важную роль в лечении шизофрении; она возвращает больному веру в себя; он чувствует себя любимым и принимаемым близким человеком, а этот человек, благодаря действию любви, становится представителем целого мира. Мир из унылого и пугающего превращается в радостный и дружественный. Таким образом, больные должны как можно больше времени проводить вместе - в клубе, на собраниях отделения, во время работы, совместного принятия пищи, экскурсий, групповой психотерапии и т. д.

В предыдущем разделе была представлена гипотеза, что при шизофрении вследствие невозможности реализации основных эмоционально-чувственных установок (<к> и <от>), что собственно и составляет сущность аутизма, развивается гипертрофия специфически человеческой установки - <над>, которая реализуется не в действительном, внешнем мире, но в мире патологическом, возникшем в результате разрушения границы между собственным (внутренним) миром и окружающим (внешним) миром. Отсюда - <метафизическое> течение в шизофрении и связанный с этим столь выраженный человеческий характер этой болезни. В терапии следует стремиться к тому, чтобы эти тенденции к творчеству, преобразованию мира, к философствованию и т. п. выводили из аутистического мира в реальный.

С этим связана особая значимость трудотерапии. Речь идет не о формальной трудотерапии вроде плетения корзин или изготовления украшений и каких-то безделушек, но о такой, при которой больной может реализовать свои творческие тенденции. Один больной любит писать, другой рисовать или мастерить, поэтому следует стимулировать эти склонности и интересы и создавать для больного возможности их реализации.

Необходимо также стремиться к укреплению веры больного в собственные возможности, т. е. принимать его творчество, устраивать выставки, проводить общие дискуссии. Вопрос принятия его <произведения> важен для каждого человека. Известно, насколько травмирующим может быть его неприятие. Однако особенно важным оно становится при шизофрении, когда больной чувствует себя отвергаемым социальным окружением и никому не нужным.

Среди больных шизофренией часто можно наблюдать взаимопонимание и желание сближения друг с другом; больные объединяются в небольшие группы, охотнее проводят время вместе, нежели с пациентами с иными диагнозами. Их связывает как бы общая нить. Создается своеобразная <societas schizophrenica>. Когда больные уже после выписки обращаются за рецептами или приходят в клубы бывших пациентов, то между ними спонтанно осуществляется нечто вроде групповой психотерапии. Они обсуждают свои дела, иногда читают свои дневники, литературные или философские сочинения, стараются помочь друг другу в житейских делах. Обычно они не любят, когда кто-то, не принадлежащий к их кругу, вмешивается в их дела.

В организации социальной жизни больных на отделении или же амбулаторных больных следует умело использовать описанные социальные склонности и стимулировать подходящие формы активности больных. Не следует при этом забывать о повышенном стремлении к свободе у шизофреников и о том, что больные не терпят никакого оказываемого на них давления. Следует обеспечить такие условия, чтобы больной в группе чувствовал себя спокойно и в безопасности, понимал, что его высказывания, попытки творчества вызывают интерес и дискуссии. Лишь при этом условии можно ожидать, что больной будет спонтанно включаться в те или иные занятия.

При организации групповой психотерапии необходимо также соблюдать принцип предоставления больным наибольшей свободы как в высказываниях, так и в поведении. Не следует чрезмерно заботиться о планировании терапевтического сеанса; у больных всегда найдется достаточно вопросов для обсуждения. Часто также они сами оказывают корректирующее влияние на установки других больных. Они считают свои бредовые построения реальными фактами, а бредовые идеи своих товарищей трактуют как патологические и стараются убедить их в том, что они ошибочны. Обычно больной больше верит

другому больному, нежели врачу. Поэтому беседы больных в группе по поводу своих симптомов могут скорее выработать критическую установку, нежели беседы с врачом.

Покидая больницу, пациент обычно оказывается в очень трудной ситуации. Окружение, как дома, так и на работе, помнит его психотическое поведение и с беспокойством как бы ожидает его повторения. Человек, вышедший из психиатрической больницы, не вызывает доверия у окружающих, которые убеждены в том, что никогда нельзя знать, как он будет себя вести в тот или иной момент. Подобная установка является довольно распространенной в обществе <психически здоровых людей>, и преодолеть ее весьма нелегко. Не представляет удовольствия чувствовать на себе неосторожный взгляд окружения, высматривающего в человеке ненормальности. Приходится все время быть настороже, чтобы не оказаться за пределами круга нормальных людей.

То, что у обычного человека считалось бы проявлением плохого настроения, минутного каприза или раздражения, у бывшего пациента может быть воспринято как признак рецидива болезни. Больному бывает трудно устроиться на прежнее место работы; люди наблюдают, как он себя ведет, трактуя наименьшее отклонение как симптом болезни. Кончается обычно тем, что больного увольняют с работы, он уходит на пенсию, а это обычно становится началом его социальной деградации.

Ведя бездеятельный образ жизни, он все больше изолируется от людей, становится странным и чуждающимся, замыкается в себе; в подобных случаях говорят об отуплении либо шизофреническом дефекте. Если бы не уход на пенсию, тот же самый человек мог бы продолжать относительно успешное существование. Оказывается, что больные даже с устойчивыми симптомами шизофрении (например, с бредом и галлюцинациями) нередко могут вполне эффективно справляться со своими обязанностями. Обычно они бывают даже более ответственными по сравнению со здоровыми работниками, они нетребовательны и избегают конфликтов, а потому разумное начальство трактует их как образцовых работников.

Хлопоты начинаются лишь тогда, когда распространяется слух о том, что данный работник раньше страдал психическим заболеванием, и вокруг него создается аура непредсказуемости. Ярлык психического заболевания всегда создает вокруг человека атмосферу беспокойства: <а что он еще может натворить?>. Иногда бывает желательно, чтобы больной, не выходя из больницы, полностью сменил свою среду и оказался среди людей, которые ничего не знают о перенесенном им заболевании.

В Польше еще слишком мало ценится роль социальных ассистентов. Они могут оказать немалую помощь при адаптации больного на его рабочем месте и в домашних условиях, влияя на изменение отношения к больному. Благодаря им больной получает помощь в разрешении различных, нередко сложных для него вопросов.

Лучше всего, когда после выхода из больницы пациент продолжает амбулаторное лечение у своего врача, которого уже знает и которому доверяет. Подобная опека может длиться иногда годами. Не следует, однако, навязывать ее пациенту. Если больной чувствует себя вполне хорошо и относительно успешно справляется с жизненными ситуациями, можно смело предоставить ему инициативу в определении того, когда он будет обращаться к врачу. Он будет приходить к врачу сам, если почувствует себя хуже или в

тех случаях, когда у него будут какие-либо жизненные сложности.

При амбулаторном лечении, как представляется, наибольшее внимание должно уделяться вопросам социологического плана - организации клубов бывших пациентов, групповой психотерапии, творческих и дискуссионных центров. Использование эмоционально-чувственных связей, спонтанно возникающих между больными шизофренией, в форме организации специфического <societas schizophrenica> может оказаться важным фактором, противодействующим шизофреническому отупению.

Чрезвычайно интенсивные исследования биохимии шизофрении, проводимые во многих странах в последние годы, позволяют психиатрам надеяться, что, быть может, наконец-то будет найдено <чудесное> лекарство от шизофрении. Не отказываясь от этих оптимистических ожиданий, следует помнить, что даже если бы такое лекарство существовало, методы психосоциологического лечения не потеряют своей актуальности. Ибо нельзя вылечить человека только химическими средствами.

Тот факт, что шизофрения выявляет необычайное богатство человеческой природы, в определенном смысле обязывает врача к максимальным усилиям при ее лечении.

Будущие поколения, знакомясь спустя многие годы с историческим уже для них материалом нашей современной психиатрии, будут смотреть свысока на наше несовершенное и фрагментарное понимание сущности психических заболеваний, в том числе шизофрении. И не исключено, что они не слишком высоко оценят методы лечения, которыми мы располагали. Важно то, чтобы потомки не смогли упрекнуть нас в том, что мы не использовали все возможности лечения таких больных.